



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

À FLOR DA PELE:
ALGUMAS REFLEXÕES A PROPÓSITO DE UM
ESTUDO DE CASO SOBRE AUTOLESÃO

CAROLINA NUNES LEAL DE OLIVEIRA
BORGES

Orientador de Dissertação:
PROFESSOR DOUTOR JOAQUIM EDUARDO NUNES SÁ

Coordenador de Seminário de Dissertação:
PROFESSOR DOUTOR JOAQUIM EDUARDO NUNES SÁ

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do
grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA APLICADA
Especialidade em Psicologia Clínica

2012

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Joaquim Eduardo Nunes Sá, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Aos meus pais, aos meus irmãos e às minhas avós,
pelo amor e apoio incondicional;
Ao Ruben, pelo bem-querer, paciência e estabilidade;
Aos meus amigos, pelo carinho e pela força;
À Prof. Dr.^a Margarida Gaspar de Matos,
pela oportunidade e pela competência,
e a toda a Equipa do Projecto Aventura Social,
pela amizade e pelo amparo;
Aos companheiros desta (a)ventura académica,
pela solidariedade e pela estima;
Ao Prof. Dr. Eduardo Sá, pela mestria,
disponibilidade e compreensão;
E, especialmente à Amelia, pela possibilidade de aprendizagem,
no encontro da sua história, que originou este trabalho.

RESUMO

Os comportamentos autolesivos, como comportamentos de violência autodirigida, de carácter não suicida são, cada vez mais, um fenómeno que exige investigação e compreensão por parte dos clínicos e dos investigadores. A autolesão poderá ser compreendida como um modo de expressão do corpo, pelo corpo. Na procura dos limites entre o Eu e o outro, entre o externo e o interno a autolesão é uma forma de individualização, em que as experiências subjectivas podem ser comunicadas e, nesse sentido, ser (re)conhecido pelo outro.

O presente estudo de caso tem como objectivo uma leitura clínica e psicanalítica desta conduta - explorando detalhadamente a história de vida do indivíduo - pela compreensão e apreensão dos elementos subjacentes à mesma. Pelo método da análise de conteúdo das entrevistas, definiram-se categorias transversais ao discurso do sujeito. Sugere-se uma Depressão *Borderline*, consequência de uma falha da função do objecto externo, predominando o sentimento de vazio e de desamparo. Esta depressão anaclítica poderá ser exteriorizada, sob a forma de manifestações violentas ou, noutras situações, por um desprendimento- quase inerte.

Palavras-chave: Autolesão, violência autodirigida não-suicida, Depressão *Borderline*,

ABSTRACT

Self-injurious behaviors, such as nonsuicidal self-injury, are an increasingly phenomenon, that requires research and understanding on the part of clinicians and researchers. Self-injury may be understood as a mode of expression in the body, by the body. In search of boundaries between the *self* and others, between the external and internal, self-injury is a way of individualization, in which the subjective experiences can be communicated and, therefore, recognized by others.

This case study aims a clinical and psychoanalytic reading of this kind of behavior – exploring in detail the history life of the individual - through apprehension and comprehension of the elements underlying the same. Using content analysis' method, transversal categories were defined to the discourse of the subject. We suggest a *Borderline* Depression, consequence of a failure in the external object, prevailing the sense of emptiness and helplessness. This anaclitic depression can be externalized in the form of violent manifestations or, in other cases, by a detachment - almost inert.

Key words: Self-Injury, Nonsuicidal Self-Injury, *Borderline* Depression

“Scars are stories, history written on the body.”

Kathryn Harrion

ÍNDICE

I.INTRODUÇÃO	9
II.A CONDUTA AUTOLESIVA E A CONTEMPORANEIDADE	12
III. AUTOLESÃO, como VIOLÊNCIA AUTODIRIGIDA	
DE CARÁCTER NÃO-SUICIDA	15
1. Autolesão, algumas propostas para a definição do conceito	15
<i>1.1. A escolha do conceito</i>	<i>19</i>
2. Epidemiologia e Fenomenologia da autolesão	20
3. Modelos Psicológicos da Autolesão	27
<i>3.1. Explorações Psicanalíticas</i>	<i>27</i>
<i>3.2. Modelo Funcional</i>	<i>36</i>
IV. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA E OBJECTIVO DO ESTUDO	43
V. MÉTODO	44
Delineamento	44
Participante	45
Instrumentos	45
Procedimento	49
VI.DESCRICÇÃO DO CASO	50
<i>Observações</i>	<i>50</i>
<i>O Contexto</i>	<i>50</i>
<i>Como se define</i>	<i>51</i>
<i>Infância</i>	<i>51</i>
<i>Adolescência</i>	<i>53</i>
<i>Idade Adulta</i>	<i>55</i>

VII. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	61
VIII. DISCUSSÃO	69
IX. CONCLUSÃO	
<i>Limitações do estudo</i>	
<i>Futuras Investigações</i>	
<i>Implicações teóricas</i>	
<i>Implicações práticas</i>	
X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
XI. ANEXOS	
Anexo I – Consentimento Informado	
Anexo II- História de Vida de Amélia	
Anexo III – Análise de Conteúdo	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Categorias, Subcategorias e concernente Caracterização	48
--	----

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1. A autolesão ao longo da História	12
Figura 1. Localização da autolesão, enquanto comportamento de violência autodirigida	18
Figura 2. Desenvolvimento e manutenção da autolesão	43

I. INTRODUÇÃO

Vive-se uma época em que as condutas agressivas acompanham a contemporaneidade, ganhando novas formas e novos conteúdos que são debatidos socialmente. Contudo, nem a todos é dada a mesma importância, não sendo discutidos com a frequência necessária. Os comportamentos considerados auto-agressivos fazem parte da História e são transversais a todas as culturas – a amputação dos dedos em povos do pacífico, o esticar de pescoços e lábios em tribos africanas ou mesmo os *piercings* e as tatuagens na cultura ocidental – traduzem rituais, expressam espiritualidade ou reflectem tradições como também demarcam uma posição na sociedade. No entanto, existem outros tipos de comportamentos - autolesivos, automutilatórios e tentativas de suicídio que, muitas vezes, chegam a ser consumados - que, por motivações afectivas e emocionais, afectam quem os pratica. Estes tornam-se patológicos e desajustados para o indivíduo e, conseqüentemente, para a sociedade já que não se relacionam com nenhum simbolismo sociocultural ou religioso nem são generalizados à maioria da população (Simeon, & Hollander, cit. por Almeida, & Horta, 2010).

A autolesão ou violência autodirigida de carácter não suicida ainda hoje se mantém entre os tabus e a discrição de quem não se quer ou não se pode mostrar. Segundo Nock e Favazza (cit. por Selby, Bender, Gordon, Nock, & Joiner Jr., 2011), esta refere-se à imposição de danos e/ou de dor, de forma deliberada, a tecidos corporais sem intenção suicida. Podem funcionar como um mecanismo de auto-regulação interna face a estados emocionais negativos ou mesmo como forma de influenciar o comportamento dos outros (Wedig, & Nock, 2010). A auto-lesão é considerada uma conduta desadequada que, em muitos casos, poderá representar uma tentativa desesperada de cura, de estabilidade social e, em alguns casos, de espiritualidade como também poderá ser entendida como uma forma mórbida de auto-ajuda, já que fornece um alívio temporário face a sintomas psicopatológicos (Favazza, 2009), porém poderá não ser, necessariamente, uma manifestação de uma doença subjacente (McHugh, cit. por., Wedig, & Nock, 2010).

Comummente, este tipo de comportamento inicia-se na adolescência, ocorrendo mais frequentemente em sujeitos com distúrbios psiquiátricos e está associado ao risco de tentativa de suicídio (e.g. Hilt, Nock, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2008; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, cit. por Nock, 2009). A forma mais comum de violência autodirigida aparenta ser o corte na pele, sendo este método utilizado por cerca de 70% dos sujeitos, mas as acções de bater, pontapear, arranhar e queimar também são formas comuns da sua manifestação (Barbedo, & Matos, 2009; Nock, 2009). Os mesmos autores apontam que as zonas mais afectadas

são os braços, seguidamente das mãos, dos pulsos, das coxas e, por fim, do estômago. As investigações apontam que estes comportamentos não diferem em função do sexo, etnia ou nível socioeconómico (e.g. Hilt et. al.; Nock, et al., cit. por Nock, 2009), e que apenas diferem no método utilizado, evidenciando a preferência dos sujeitos do sexo masculino em se queimarem e se baterem ao invés dos sujeitos do sexo feminino que, geralmente se cortaram (Croyle, & Waltz, cit. por Barbedo, & Matos, 2009).

A maioria das investigações realizadas sobre este fenómeno é quantitativa na procura de prevalências e realizadas na população adolescente. Obtiveram-se dados que demonstram que os jovens apresentam maiores níveis de desregulação emocional, depressão e ansiedade, assim como défices no reconhecimento e expressão de emoções, sendo associado a este tipo de comportamento disfunções como a alexitimia (i.e., dificuldade na identificação e compreensão das próprias emoções) (Nock et al., cit. por Nock, 2009).

Uma das causas apontadas para o indivíduo se envolver neste comportamento são os maus-tratos na infância – desde a vinculação insegura, separação, negligência emocional ou mesmo abuso sexual (Croyle, & Waltz, cit. por Barbedo, & Matos, 2009; Kerr, & Muehlenkam, 2010). Associam-se a esta conduta variadas funções: a regulação do afecto; a autopunição ou a manifestação de raiva autodirigida; a demonstração do desejo (consciente ou não) de influenciar os outros (tanto na procura de afecto como na pertença a um grupo); a interrupção de estados dissociativos (de forma a sentir algo ou sentir-se real); como estratégia de prevenção de condutas suicida; a sensação de adrenalina por elevados estados de excitação; e como forma de controlo, de independência e autonomia, na medida em que a pele separa o indivíduo dos outros e do meio envolvente (Klonsky, & Muehlenkam, 2007).

Segundo Kerr e Muehlenkam (2010), os comportamentos autolesivos também se associam com o Transtorno de Personalidade Borderline (e.g. Brown, Comtois, & Linehan, 2002; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004), Transtornos de Humor (e.g. Haw, Houston, Townsend, e Hawton, 2002); Transtornos alimentares (e.g. Claes, Vandereycken, & Vertommen, 2001); Transtorno Stress pós-traumático e Abuso e Consumo de Substâncias (e.g. Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 2001).

Em Portugal, a bibliografia encontrada sobre violência autodirigida de carácter não suicida é diminuta. O propósito deste trabalho é de colaborar na investigação qualitativa desta temática e, embora o caso que apresento seja atípico, ele não deixa, no entanto, de ser pertinente e intrigante. Assim, propõem-se, pela história de vida do sujeito, a compreensão deste fenómeno, como sintoma. É pelo estudo de caso que a psicologia clínica se reconhece e se fortalece enquanto ciência, sendo com e para o sujeito que se desenvolve e se evidencia.

II. A CONDUTA AUTOLESIVA E A CONTEMPORANEIDADE

O ser humano aclama para o outro a sua imagem física procurando, ininterruptamente, a perfeição e aprimora-se de forma a apreender o seu *olhar*. Nesta “Sociedade do Espectáculo” (Debord, cit. por Laender, 2012) o sujeito existe quando é notado pelo outro – em que o corpo é o primeiro receptor dessa relação. Na sociedade de hoje, movida pelo consumo, o corpo é *uma coisa* e perde a sua individualidade, já que o consumo é utilizado como um impulsor para a obtenção de prazer, levando a que as pessoas percam as suas características (Zizek, 2003), já que o corpo torna-se passivo face às transformações – ao produzir e ao consumir, distancia-se do outro, voltando-se para as suas próprias necessidades (Sennett, cit. por Mendes, & Próchno, 2004). Nesta voracidade, somos estimulados, pelo excesso e pela obrigatoriedade do sentir, do experienciar. O indivíduo *usa* o corpo para o sentir vivo, hipervalorizando o mesmo, envolvendo-o em experiências extremas como forma de se sentir vivo, tanto para si como para quem o rodeia (Laender, 2012). Cada vez mais observa-se uma fragmentação, um distanciamento do corpo real do corpo imaginário e esta fragmentação da subjectividade, como tentativa de recuperação, poderá ser uma expressão do narcisismo (Birman, cit. por Mendes, & Próchno, 2004).

Segundo Freud (cit. por Mendes, & Próchno, 2004), o narcisismo é o comportamento no qual o indivíduo dá ao seu corpo um tratamento semelhante, que daria ao corpo de um objecto libidinal. Hoje, pela avareza da imagem corporal, a sociedade favorece a identificação do indivíduo a uma imagem totalizante e ideal, influenciando-o. Hoje, em que a imagem e a teatralidade são componentes regentes da modernidade, a subjectividade é dada pelo *olhar* do outro – a imagem do outro é a primeira forma de contacto. O Ideal do Eu adopta-se à imagem do que é perfeito. É a “cultura do narcisismo” (Laender, 2012).

Porém o indivíduo, ao estar voltado para si mesmo, retira todo interesse das coisas do mundo externo que não se relacionam e, ao retirar a libido dos seus objectos de amor, para de amar. O indivíduo perde-se na e pela sua imagem e negligência as permutas intersubjectivas com o outro. O indivíduo é invadido por um imago exterior, que o aliena a si mesmo e que, aquando da procura de aceitação, não é activo, o que fará com o indivíduo seja visto com narcísico (Laender, 2012). Para Debord (cit. por Laender, 2012), a alienação dá-se pelo esmagamento do *eu*, quando este é visto apenas como um objecto pelo outro, surgindo uma angústia. Esta, será a base para o indivíduo se alistar ao “quero parecer a”, posicionando-se enquanto objecto, neste *espectáculo*. O sujeito, ao se perder na sua própria imagem, não dá conta do outro, pois *ama-lo* significa uma fragmentação do seu narcisismo (Mendes, & Próchno, 2004).

Uma das formas de conseguir a singularidade e, simultaneamente, de demarcar o lugar na sociedade poderá ser através de marcas na pele. A pele passará a ser um reservatório de afectos em que as marcas apropriam o indivíduo da sua existência, distinguindo-o do outro e é por ela que se responde ao meio envolvente, possibilitando a homeostasia, entre o interno e o externo e, iniciando o delineamento das (nossas) fronteiras (Bárcia, & Sá, 2007). Em todas as culturas, homens e mulheres adornaram as suas peles e transformam o seu corpo - para serem mais atractivos, para procurarem aceitação, pelo *status* social, para testarem a sua resistência ou mesmo para se punirem (Favazza, 2011).

As tatuagens e os piercings são considerados, por alguns teóricos, consequências da globalização em que, pela modificação do corpo, se obtém prazer, para além do esperado. Um indivíduo que tem uma tatuagem é *olhado* por outro e, desta forma, existe. Pelo olhar do outro, a tatuagem é um significante que trespassa o corpo. Uma primeira marca na pele, pelos piercings ou pelas tatuagens, traduz um significado e um prazer. Contudo, após a sua repetição, o significado perde-se mas a compulsão mantém-se já que as marcas o diferenciam dos outros (Macedo, Gobbi, & Waschburger, 2004).

Também Reisfeld (cit. por Macedo, Gobbi, & Waschburger, 2004) refere que o excesso de tatuagens e marcas na pele irreversíveis, concretizadas pelo indivíduo, está relacionado com a procura do prazer, pela quebra dos limites, como se de uma adição se tratasse. Para o mesmo autor, há que dividir os indivíduos tatuados em dois grupos: o primeiro, o daqueles que *têm* algumas tatuagens e o segundo, o daqueles que *são* as suas tatuagens. No primeiro grupo, sugere-se que as tatuagens marcam uma tentativa de resolução do conflito edipiano assim como podem estar associadas a lutos. Nestes indivíduos, a eleição por um desenho tem um significado simbólico, mas têm presente um critério da realidade, traduzido pela escolha do local da sua aplicação que não deverá, por exemplo, limitar a sua função profissional. Contrariamente, no segundo grupo, as marcas ganham uma enorme proporção corporal, perdendo o simbolismo inicial e ganhando o prazer à repetição, por compulsão. Os piercings, pela possibilidade de não serem permanentes, ganham outro tipo de carácter. Contudo, se em demasia, podem ser assemelhados às tatuagens em série.

Costa (2003) indica a necessidade do individuo de colocar limites entre o *eu* e o mundo externo e sugere que as modificações corporais (como as tatuagens, piercings e as automutilações/autolesões) circunscrevem esses limites – pela individualização e, por outro lado, pela inserção grupal, que lhe conferirá identidade. Porém, assumem-se como diferentes, na medida em que *é o olhar do outro* que diferencia a tatuagem (ou os piercings) da autolesão. A primeira é uma forma de individualização e é para ser exposta e revelada - mesmo que não

inicialmente - a outros, escolhidos com base a ligações afectivas e emocionais. Contrariamente, na autolesão, o indivíduo (re)sente um possível julgamento, assim como um preconceito ou mesmo hostilidade por parte do outro. Sucintamente, pode-se inferir que a tatuagem compreende uma componente sociocultural e/ou religiosa e, por sua vez, o comportamento de violência autodirigida compreende uma componente afectivo-emocional (Cordeiro, & Venâncio, cit. por Almeida, & Horta, 2010; Favazza, 2009).

Pela psicanálise é possível interrogar se os comportamentos de violência autodirigida dos indivíduos os reivindicam ou não à sua inscrição no social, pois sugere-se que as marcas corporais sejam acontecimentos subjectivos à nossa actualidade, que se constroem e que são propícios ao desenvolvimento de certos comportamentos extremistas (Doucet, Gaspard, Silva Jr., & Carvalho, 2008).

Até aos anos 80, o comportamento de provocar ferimentos a si próprio foi denominado de parasuicídio (em que o individuo teria uma idealização suicida), depois de automutilação e hoje pode-se falar em auto-lesão (Turner, 2002) (Quadro 1).

Quadro 1 - A autolesão ao longo da história

Período da História	História
496-406 a. C Sófocles, Grécia Antiga	História de Édipo que, involuntariamente, matou o seu pai, se casou com a sua mãe e que, após a morte desta, furou os seus olhos.
460-370 a.C Hipócrates	Pela Teoria do Humor, afirmou que qualquer um poderia ser reequilibrado pelo “derramamento de sangue”, entre outros, de forma a purificar o corpo.
200 a.C – 200 d.C	Durante este período, a mitologia hindu foi desenvolvida. Mito como o de Soordas, um devoto de Krishna, que, quando o viu, enucleou os olhos, com o objectivo de preservar a sua visão.
Século I, a.C	História de Cibele e Átis relatada por um poeta romano em que, depois de ser infiel a Cibele, Átis se cortou com uma pedra afiada.
Segundo Quarto de Século, d.C Novo Testamento	Marco, 9:47-48: “Se o teu olho é a tua queda, arranca-o! É melhor entrar no Reino de Deus só com um olho, do que ser jogado com os dois olhos no inferno, onde o verme não morre e o fogo nunca é extinto”.

Século XI, d.C	Autolesão como uma expressão da fé cristã.
Por volta de 1300	Nas “Viagens de Marco Polo”, é descrito um zarolho cristão que foi salvo, pelo seu acto de enucleação ocular.
1846	Primeiro caso de autolesão publicado, descrevendo uma viúva que enucleou ambos os olhos.
1886	Quatro dos seis membros de uma família de um grupo étnico africano tiveram um ou mais dos seus dedos amputados. A amputação de dedos também foi relacionada com o luto tribal africano, em que quanto maior a extensão da amputação, mais proximidade com o falecido.
1888	Vicent Van Gogh cortou a sua orelha e enviou-a para uma prostituta chamada Raquel.
1920	Freud propôs as pulsões de vida e de morte. Foi pela pulsão de vida que a pulsão de morte foi projectada para um objecto exterior, por um impulso destrutivo.
1938	Karl Menninger sugeriu que a autolesão poderia ser um esforço do indivíduo para se curar a si mesmo. Classificação do comportamento em psicótico, neurótico, orgânico e religioso.
1960's	Sacrifícios tradicionais em tribos africanas, com o objectivo de aumentar a beleza e o <i>status</i> social. Tinham também um propósito médico (como o corte em forma de estrela, sobre o fígado, que preveniria doenças hepáticas ou por todo o corpo de forma a se livrarem de espíritos.
1983	Psiquiatria Moderna. Artigo de Pattison e Kahan em que classificaram a autolesão com base na letalidade, método, repetição.
1990	A classificação mais aceite, sobre a autolesão, foi construída por Favazza e Rosenthal, em 1996.

Os primeiros relatos sobre esta conduta, na altura referida como automutilação, recuam à literatura médica de 1849 – em que uma viúva, de 48 anos, cometeu uma enucleação, pois intuía que os seus olhos a levavam a cobiçar homens e a pecar (Turner, 2002). Na altura, e segundo

Menninger (1935), a automutilação seria a) uma agressão orientada para o interior, sentida em relação a um objecto exterior de amor-ódio, geralmente um dos pais; b) uma estimulação sexual ou física; e c) uma autopunição que permitiria ao indivíduo compensar ou punir-se por uma falha, de natureza agressiva ou sexual. Assim, considerava-a uma forma de autocura de cura e de autoperseveração. Baseado nos pressupostos freudianos, acreditava que era um compromisso, entre o conflito dos impulsos agressivos e do instinto de sobrevivência, e este comportamento representaria um sacrifício de uma parte do corpo em prol do bem-estar do mesmo.

III. AUTOLESÃO, como VIOLÊNCIA AUTODIRIGIDA DE CARÁCTER NÃO-SUICIDA

1. Autolesão, algumas propostas para a definição do conceito

Existe uma quantidade inumerável de termos atribuídos ao conceito de comportamentos de violência autodirigida, prejudicando a compreensão deste fenómeno ao não existir consenso entre os investigadores e os clínicos. É importante a utilização clara e consistente dos termos para o aperfeiçoamento das investigações sobre o tema e a sua compreensão, promovendo melhores avaliações e intervenções clínicas.

A literatura demonstra essa falta de consenso, tanto a nível de função como de conteúdo. Assim, termos como automutilação (*self-mutilation*), auto-agressão deliberada (*deliberate self-harm*), Autolesão episódica e repetitiva (*episodic and repetitive self-injury*) auto-agressão (*self-harm*), corte (*cutting*) e parasuicídio (*parasuicide*), autolesão repetida (*repeated self-injury*), auto-ferimento (*self-*

wounding) ou comportamento auto-destrutivo (*autodestructive behavior*) conceptualizam o fenómeno de violência autodirigida (Barbedo, & Matos, 2009; Manganall; & Yurkovich, 2008; Nock, 2010; Nock, & Favazza, 2009).

Esta diversidade de termos deriva, muita das vezes, das diferenças conceptuais de cada cultura. Nos Estados Unidos da América, o termo auto-agressão deliberada (*deliberate self-harm*) é utilizado para referir violência autodirigida, ou seja, autolesão não suicida (*nonsuicidal self-injury*) enquanto, no Reino Unido, o mesmo termo é utilizado num sentido mais amplo, referindo-se a qualquer acto auto-prejudicial não-letal, com ou sem ideação suicida como, por exemplo, a indução de uma *overdose* ou a tentativa de suicídio, o que não conceptualiza a definição de auto-lesão não suicida. Assim, é difícil correlacionar, comparar e interpretar os dados, prejudicando o estabelecimento da prevalência, a vários níveis, deste fenómeno (Rodham, & Hawton, 2009).

Um dos termos mais reconhecidos na literatura é o de auto-agressão deliberada (*deliberate self-harm*) com ou sem intenção suicida. Este termo é utilizado para comportamentos de carácter suicida (i.e., tentativas de suicídio), como para comportamentos de carácter não-suicida (i.e., cortes ou queimaduras) ou mesmo para todos os comportamentos autodirigidos sem nenhuma distinção funcional (Manganall; & Yurkovich, 2008; Nock, & Favazza, 2009).

Segundo Hawtn, Rodham e Evans (cit. por, Rodham, & Hawton, 2009), a auto-agressão deliberada é um comportamento em que a agressão é directa e propositada. Assim, quer pela ingestão de drogas prescritas em excesso ou de drogas ilícitas ou recreativas, quer pela ingestão de substâncias não-consumíveis ou de um objecto, mas com o mesmo objectivo, o individuo autoagride-se. Outro problema prende-se ao facto de não parecer existir a definição do fenómeno em muitos dos artigos publicados, tornado as comparações entre resultados impossíveis por não haver certezas do que cada termo conceptualiza, dificultando, igualmente, a determinação da prevalência deste comportamento (Rodham, & Hawton, 2009).

Assim, sucede-se à explicitação de alguns termos que, por vezes, são confundidos e mal compreendidos. Segundo Cordeiro e Venâncio (cit. por Almeida, & Horta, 2010), o parasuicídio refere-se aos actos ponderados com consequências não fatais mas que inclui auto-agressões, nomeadamente a ingestão de substâncias e/ou de objectos, os comportamentos aditivos (i.e., alcoolismo crónico e abuso de substâncias), as automutilações, as perturbações alimentares ou mesmo a recusa face a procedimentos médicos, assim como a interferência na cicatrização de uma ferida. Maltzberg e Lovett (cit. por Almeida, & Horta, 2010) admitem que pode ocorrer um suicídio accidental, dependendo da gravidade ou da frequência do comportamento, apesar de não

existir ideação suicida, sendo assim visto como uma alternativa adaptativa ao suicídio (Solomon, & Farrand, cit. por Barbedo, & Matos, 2009).

Até 1980, a autolesão era uma prática marginalizada por ser associada ao suicídio (Favazza, 2007). Contudo, admite-se hoje que o fenómeno do suicídio tem por base: a) *ideação suicida* – pensamentos do indivíduo em se suicidar; b) *plano de suicídio* – em que o indivíduo considera os métodos específicos através dos quais pretende morrer; e c) *tentativa de suicídio* – o envolvimento do indivíduo em comportamentos prejudiciais, em que tem a intenção de morrer através dos mesmos (Nock, 2010; Nock, & Favazza, 2009).

Entre o plano de suicídio e a sua tentativa poder-se-á adicionar outra categoria – *actos preparatórios* – em que o indivíduo realmente toma medidas para a realização do suicídio mas, na verdade, não concretiza nenhum comportamento prejudicial a si próprio (Posner et al., cit. por Nock, & Favazza, 2009). Outros teóricos admitem que existe uma *tentativa de suicídio abortada* quando o indivíduo, apesar de preparado para o consumir, não o faz (Barber, Marzuk, Leon, & Portera; Marzuk, Tardiff, Leon, Portera, & Weiner, cit. por Nock 2009) ou uma *tentativa de suicídio interrompida* caso seja uma terceira pessoa a evitá-lo. (Posner et al., cit. por Nock, & Favazza, 2009). A tentativa de suicídio poderá, em alguns casos, ser classificada apenas como uma ameaça, em que o indivíduo leva os outros a acreditarem na sua intenção de morrer. Não sendo este o seu objectivo é, contudo, uma forma de comunicar o seu sofrimento ou de procurar ajuda, devendo ser identificado como um comportamento não suicida (Nock, 2010; Nock, & Favazza, 2009).

Assim, assume-se a definição de Nock (2010) que refere que todos os comportamentos intencionais e que provocam algum dano físico e/ou psicológico são considerados comportamentos de violência autodirigida (*self-injurious behaviors*). A compreensão dos pensamentos e dos comportamentos são essenciais para o entendimento deste fenómeno que é deliberado e autodirigido, com o intuito ou não de suicídio (Nock, & Favazza, 2009). É necessário avaliar se os pensamentos e os comportamentos têm como objectivo a morte, já que o comportamento de violência autodirigida com intenção suicida é um comportamento de risco, sendo aquela o fim mais provável (Nock, & Favazza, 2009) (Figura 1).

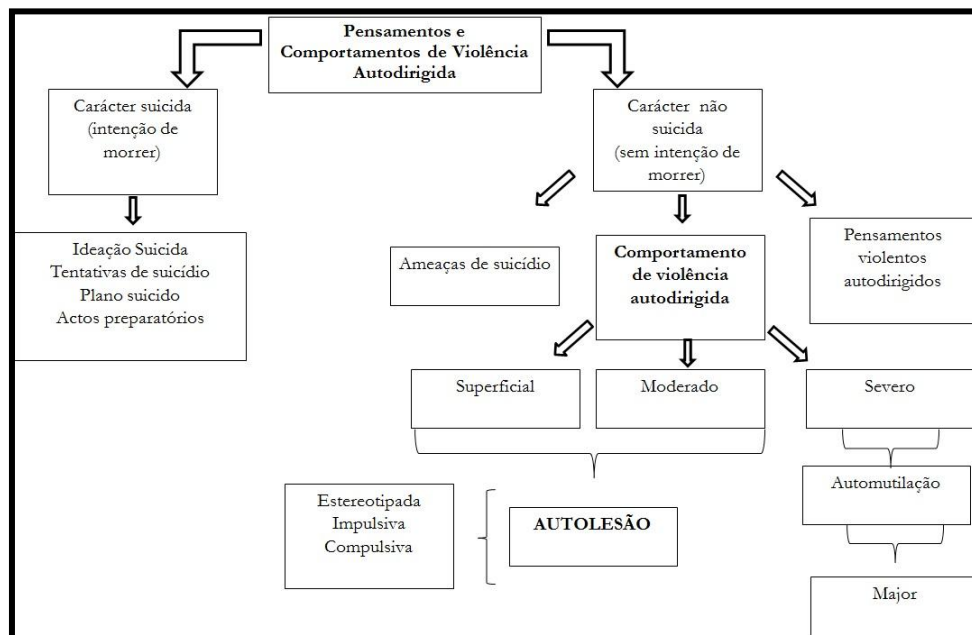


Figura 1 – Localização da autolesão, enquanto comportamento de violência autodirigida

Quando o objectivo não é a morte mas a tentativa de manter o equilíbrio psicológico (Maltesberg, & Lovett, cit. por Almeida, & Horta, 2010), face a situações adversas, o sujeito não detentor de mecanismos homeostáticos recorre à violência autodirigida de carácter não-suicida, ou seja, a comportamentos autolesivos ou automutilatórios. Estes podem ser definidos “como a destruição voluntária e intencional de tecido corporal, sem a intenção de suicídio (excluindo piercings e tatuagens)” (Favazza, cit. por Barbedo, & Matos, 2009, p. 123).

A autolesão e a automutilação, quando patológicas, caracterizam-se, segundo Favazza (2011) como *Major*, Estereotipadas, Compulsivas ou Impulsivas. A automutilação *Major* refere-se a comportamentos raros como a castração, enucleação ou a amputação de uma parte do corpo. Este tipo de automutilação está mais associado a casos de psicose, intoxicação aguda e transsexualidade. A autolesão estereotipada é repetitiva, monótona e segue um padrão ritmo como, por exemplo, os casos de morder a bochecha, a língua, os lábios, os dedos ou bater com a cabeça. Estes tipos de auto-lesão associam-se a casos de autismo, deficiência mental ou casos de neuropatia hereditária, tendo como um dos objectivos a obtenção de atenção, pela resposta auto-erótica a uma hiperestimulação (Favazza, 2011).

A autolesão compulsiva caracteriza-se pela sua repetição - coçar, de forma severa, a pele, revelar onicofagia ou tricotilomania (e.g., Swedo, & Rapoport, 1991) e tem como objectivo aliviar a tensão e não a obtenção de prazer (Favaza, 2011). Por fim, a autolesão impulsiva tem como condutas o corte da pele ou a sua queimadura, assim como a inferência no tratamento da ferida, entre outras. O seu carácter impulsivo deriva da incapacidade do sujeito resistir ao impulso ou à

tentação de se ferir. A tensão acumulada, antes do comportamento é, após este, suprida e uma sensação de alívio, prazer ou gratificação é experienciada pelo sujeito (Favazza, 2011).

Favazza (2011) ainda define outros subtipos de comportamentos de violência autodirigida que poderão ser compulsivos, episódicos ou repetitivos, sendo a sua distinção baseada na frequência e na importância dos mesmos para a vida da pessoa. Os comportamentos compulsivos são caracterizados por serem mais repetitivos e ritualísticos. Os episódios repetitivos são considerados crônicos e a pessoa desenvolve uma identidade em torno do comportamento – acreditando que é os seus sintomas e que, sem estes comportamentos, poderá enlouquecer ou mesmo “desaparecer”, deixando de existir. Porém, tanto uns como os outros (i.e., episódicos ou repetitivos) são realizados pelas mesmas razões, ou seja, para o alívio da tensão, para a libertação de raiva, para a recuperação do autocontrole e para rescindir de estados de morte emocional. Por seu lado, os comportamentos compulsivos é caracterizada por ser a mais repetitiva e ritualística destes três subtipos.

Porém, outros comportamentos como fumar tabaco ou consumir drogas assim como a ingestão de *fast-food* são considerados comportamentos auto-prejudiciais, auto-destrutivos ou, simplesmente, comportamentos poucos saudáveis (Baumeister, & Scher; Twegue et al.; Vazire, & Funder, cit. por, Nock, 2010), pois os danos negativos, para o sujeito, resultam indirectamente dos processos químicos associados ao seu consumo (Nock, & Favazza, 2009). A violência autodirigida não suicida difere das ameaças de suicídio na medida em que o indivíduo não a inflige com o propósito de se fazer acreditar pelos outros, ou seja, não é necessariamente um gesto suicida, pois poderá não existir evidências de que o indivíduo queira morrer. No caso em que exista a intenção de morte, é utilizado o termo autolesão suicida (*suicidal self-injury*) (Nock, & Favazza, 2009).

1.1. A escolha do conceito

Apesar de alguma aprovação, nem todos os investigadores assumem as ideias de Favazza e Nock relativamente à escolha dos termos utilizados (como verificado anteriormente). O termo automutilação é usado, erroneamente, em casos de autolesões mais moderadas (Simeon, & Favazza; Walsh, cit. por. Almeida, & Horta, 2010). Devido ao seu significado, e apesar de já o terem utilizado, Nock e Favazza (2009) não o vêem hoje como o termo mais indicado, pois sugere um elevado grau de lesão, o que não é, necessariamente, característico deste

comportamento. Este termo poderá ter, igualmente, uma conotação social negativa, não sendo bem acolhido por parte de quem o pratica, demonstrando-se a preferência pelo termo *self-injury* (Martinson, cit. por Nock, & Favazza, 2009). Também para Scharbach (cit. por Almeida, & Horta, 2010), a automutilação refere-se a comportamentos mais graves (i.e., amputações de membros, enucleação ocular ou castração) que acabam em destruição corporal e que se manifestam, normalmente, em circunstâncias alucinatórias.

Ao verificar a etimologia do termo utilizado, conclui-se que a palavra mutilação tem origem no étimo latino *mutilatio*, “acto ou efeito de mutilar, corte”, “ou amputação ou perda accidental de uma parte do corpo” e que, por sua vez, a palavra mutilar tem origem no étimo latino *mutilo* que significa “cortar (uma parte do corpo), eliminar parte ou partes de (ex.: mutilar um texto) ” ou “cortar, trincar”. Analogamente, a palavra automutilação figura como “corte voluntário de uma parte do próprio corpo” ou como “ferimento ou lesão que um indivíduo faz a si mesmo” ou, simplesmente, em “autolesão” (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2010).

Face às limitações anteriormente reconhecidas e aos inúmeros termos utilizados, assim como às características deste trabalho, escolhe-se o termo autolesão, definido por Almeida (2010), como o impulso ou a compulsão auto-agressiva em que o sujeito realiza ferimentos voluntários, destruindo ou alterando deliberadamente tecidos orgânicos sem intenção suicida consciente. Estas lesões podem ser a) leves, como arranhar a pele com as unhas ou queimar-se com pontas de cigarros; b) moderadas, como cortes superficiais em braços com objectos cortantes e/ou perfurantes; e c) severas, consideradas então, automutilatórias, como a auto-enucleação, auto-castração ou, mais rara, a auto-amputação de membros (como as mãos, dedos, pernas, língua e lobos da orelha). A autolesão é um dano corporal sobre o próprio, que é moderada e sem qualquer ideação suicida (Stanley, Gameroff, Michaelson, & Mann; Klonsky, & Olin, cit. por Almeida, & Horta, 2010), prazer sexual e sem intervenção de outros (Almeida, 2010).

A auto-lesão possibilita a regulação emocional (Nock, & Prinstein, cit. por Hall, & Place, 2010), sendo considerada uma estratégia de *coping*, mecanismo usado para responder a um evento provocante, mas que também dita a emoção associada ao mesmo (Skinner, & Zimmer-Gembeck, cit. por Hall, & Place, 2010). Igualmente outros autores corroboram estas ideias, enunciando que a autolesão tem uma função afectiva reguladora (Klonsky, 2007; Nock, & Mendes, 2008), bem como uma forma de distração face a pensamentos negativos e indesejáveis (Najmi et al, cit. por Nock, 2009).

2. Epidemiologia e Fenomenologia da autolesão

Existem sintomas de transtornos psicológicos que são agudos e persistentes, durando semanas, meses ou anos, o que possibilita o seu estudo com facilidade. Contudo, existem transtornos, bem como problemas comportamentais, que são caracterizados pela repetição excessiva de actos prejudiciais como o consumo e abuso de álcool e substâncias, distúrbios alimentares e violência autodirigida. Estes são fenómenos difíceis de estudar, porque são episódicos e normalmente privados, sendo pouco ético a sua observação em laboratório.

Assim, o conhecimento que se tem do fenómeno de violência autodirigida deriva de auto-relatos, o que poderá potenciar erros de informação e preconceitos, pois é o próprio sujeito a fonte do conhecimento. Desta forma, os investigadores (Shiffman, Stone, & Hufford, cit. por Nock, 2010) começaram a utilizar um método de avaliação ecológica momentânea (EMA) para estudar a violência autodirigida como ela ocorre verdadeiramente, fora do laboratório (e.g. Muehlenkamp, et al.; Nock, et al., cit. por Nock, 2010).

A compreensão da epidemiologia e da fenomenologia do comportamento autolesivo proporciona aos investigadores, aos clínicos e a todos os profissionais interessados nesta temática, o conhecimento de informações e de dados imprescindíveis para o entendimento deste fenómeno e do que lhe é associado (Rodham, & Hawton, 2009).

2.1. Variáveis biológicas

Alguns estudos sugerem que este comportamento está associado a uma disfunção neuroquímica. Richardson e Zaleski (cit. por Selby, Bender, Gordon, Nock e Joiner, 2011) indicam que a repetição do acto poderá ser vista como uma dependência da β -endorfina que é libertada quando há danos corporais. A sua libertação e a sensação de dor física associam-se e funcionam como uma forma de distração face a sentimentos de angústia, causando um alívio temporário. Como em qualquer relação dependente, existe a tolerância e os ferimentos poderão ser cada vez mais agravados para que se consigam manter os níveis altos de β -endorfina, evitando a abstinência. As visões mais biológicas têm sido criticadas, pois considera-se a auto-lesão como um fenómeno complexo, não podendo ser reduzido a variáveis biológicas.

Pesquisas recentes sobre a resposta ao stress, em adolescentes que se envolvem nestes comportamentos (Nock e Mendes, cit. por Kerr, & Muehlenkamp, 2010), encontraram-se níveis significativamente mais elevados de condutividade da pele (um marcador de excitação fisiológica) nos grupos de autolesão do que no grupo de controlo, corroborando os resultados obtidos por Kerr e Muehlenkamp (2010). No seu estudo, estes autores, verificaram que os sujeitos que se autolesavam relatavam mais sintomas depressivos e ansiosos, assim como uma maior preocupação, face às experiências corporais, sentidas como angustiantes. Este stress emocional, poderia contribuir para o aumento da tensão corporal, e consequentemente precipitar os episódios autolesivos (e.g. Chapman, Gratz, & Brown, cit. por Kerr e Muehlenkamp, 2010).

2.2. A questão da prevalência, um desafio

Existem grandes variações nas estimativas da prevalência bem como nas idades em que os indivíduos seguem este tipo de comportamento. Este não é medido nem incluído em pesquisas epidemiológicas de grande escala, utilizadas para gerar a estimativa da prevalência de transtornos mentais e físicos. As estimativas produzidas dependem de diferentes variáveis: 1) por serem resultado de pequenas pesquisas e de diferentes culturas – em que o conceito de violência autodirigida varia – havendo um aumento da estimativa quanto mais amplo for o conceito adoptado; 2) a frequência do comportamento autodirigido, de forma a cumprir os critérios para que se considere como patológico; 3) o uso do método de avaliação e 4) as características dos métodos de amostragem e recrutamento (Nock, 2010).

As grandes variações na prevalência destes comportamentos são transversais a toda a literatura. Jacobson e Gould (cit. por Nock, 2009) sugerem que, aproximadamente, 1 a 4 % da população adulta e que 13 a 23 % dos adolescentes relatam um episódio de violência autodirigida, de carácter não suicida. Segundo os mesmos autores, os valores elevados nos adolescentes sugerem que este tipo de comportamento está a aumentar nesta faixa etária, que são os adultos que se negam a contar a sua história ou mesmo os dois casos. Da mesma forma, segundo outros autores, as variações de comportamentos autolesivos estendem-se dos 4% aos 20% nos adultos com história psiquiátrica (e.g. Briere, & Gil, cit. por Rodham, & Hawton, 2009) e a mais de 40% dos adolescentes internados (e.g. Darce; Hurry, cit. por Rodham, & Hawton, 2009). Segundo os estudos de Muchlenkamp (cit. por Rodham, & Hawton, 2009), as evidências sugerem que a ocorrência destes comportamentos está a crescer, principalmente entre os adolescentes e os estudantes do ensino secundário e do ensino superior.

Em 2010 foram conhecidos, em Portugal, alguns dados sobre este tipo de violência pelo estudo da Organização Mundial de Saúde, o Health Behaviour In School-Aged Children (HBSC). Foram inquiridos 5050 jovens, do 6.º, 8.º e 10.º ano de escolaridade, com uma média de idades de catorze anos. Assim, 15,6 % dos adolescentes referiram que se magoaram a si próprios nos últimos meses. Destes, cerca de metade (52,9%) referiu tê-lo feito nos braços, 24,7 % nas pernas, 16,7% na barriga e 22,5% em outros locais do corpo (Matos, & Equipa Aventura Social, 2010).

Apesar de não se saber verdadeiramente a prevalência de comportamentos de autolesão, sabe-se que ocorrem e só isso é preocupante. Estudos sugerem que a prevalência dos mesmos se manifestam em mais do que um transtorno psicológico, incluindo a anorexia e bulimia nervosa (>2%), transtorno de pânico (>2%), transtorno obsessivo-compulsivo (>3%) e transtorno de personalidade borderline (2%) (APA, cit. por Nock, 2010).

2.2.1. Idade

Crianças e adolescentes

A idade de início de comportamentos autolesivos está reportada entre os doze e os catorze anos de idade (Nock, 2010). Corroborando as ideias de Nock, Rodham e Hawton (2009) apresentam estudos que sugerem que esses comportamentos são raros em crianças com menos de catorze anos e que, geralmente se manifestam entre os catorze e os vinte e quatro anos (e.g., Favazza, & Conterio, 1989; Hetpetz, 1995). Foi relatado que o início da primeira auto-agressão (self-harm) era, em geral, aos dezasseis anos, associando-se à tardia puberdade destes indivíduos bem como a outros factores de risco como a depressão, o abuso de álcool e a actividade sexual (e.g., Skegg, 2005; Patton, et al., 2007). Associam-se, ainda, às elevadas taxas de tentativa de suicídio, em jovens adultos, os comportamentos autolesivos que tiveram enquanto adolescentes assim como à depressão e ao risco de suicídio real (e.g., Fergusson, Horwood, Ridder, & Beautrais, 2005; Hawton, & Harriss, 2007; Hawton, Zahl, & Weatherall, 2003), sugerindo a ideia de que estes comportamentos, apesar de serem distintos, geralmente co-ocorrem nos indivíduos (e.g., Brown, Comtois, & Linehan, 2002; Dulit, Fyer, Leon, Brodsky, & Frances, 1994).

Jovens Adultos

Esta faixa etária corresponde às idades compreendidas entre os dezoito e os vinte e cinco anos, sugerindo-se que é o grupo com mais potencialidade em se envolver em comportamentos autolesivos. Numa amostra aleatória com 3,000 estudantes universitários, averiguou-se que 17% destes teria tido algum episódio de autolesão ao longo da sua vida (Whitlock, Eckenrode, & Silverma, cit. por Nock, Rodham, & Hawton, 2009).

Adultos > 60 anos

Sugere-se que os comportamentos autolesivos nos adultos com mais de sessenta anos e nos idosos são, algumas vezes, associados à intenção suicida (e.g., Conwell, 1997; Draper, 1996; Sakinofsky, 2000; op. cit., 2009, estando intimamente ligados ao suicídio e, desta forma, não poderem ser negligenciado (Chan, Draper, & Banerjee, 2007; Hawton, & Harris, cit. por, Rodham, & Hawton, 2009).

2.2.2. Género

O óbito por suicídio é mais comum entre o sexo masculino do que entre o sexo feminino. No entanto, estudos sobre admissão hospitalar demonstram que as taxas de internamentos por ideação suicida, tentativa de suicídio e comportamentos autolesivos são mais elevadas no sexo feminino (Hawton, Hatriss, et al; Kerfoot, Dyer, Harrington, & Woodham; Schmidtke et al., cit. por Rodham, & Hawton, 2009) e que, em comparação com os rapazes, as raparigas relataram-nos, sejam eles com ideação suicida ou não, quatro vezes mais (Futthermore, Hawton, Rodham, Evans, and Weatherall, cit. por. Rodhman, & Hawton, 2009).

Hawton e os seus colaboradores (cit. por Rodham e Hawton, 2009) apresentaram num estudo longitudinal (durante um período de vinte e três anos) sobre comportamentos auto-violentos em que, as percentagens de homens (83,3%) e de mulheres (89,1%) que relataram auto-envenenamento, com ou sem intenção suicida, eram semelhantes e que uma grande parte dos homens apresentavam episódios autolesivos com ou não intenção suicida: 12,9% e 7,9%, respectivamente).

Muenhlenkamp (cit. por Rodham e Hawton, 2009) observa que, apesar de se acreditar que as mulheres têm maior propensão em se envolver em comportamentos autolesivos do que os homens, a situação não é clara - estudos em contextos clínicos têm apresentado resultados inconsistentes, fazendo repensar que esta situação clínica não é rara nos homens.

2.2.3. Etnicidade

Ao falar de etnicidade e de autolesão tem que se ter em conta como é categorizado o grupo étnico que, ao ser minoria numa área geográfica, não o será noutra. Neeleman e Wessely (cit. por Rodham e Hawton, 2009) constataram que, em Londres, o comportamento suicida foi mais frequente nos grupos étnicos que viviam em áreas em que os próprios faziam parte da minoria do que nos grupos étnicos que se constituíam como a maioria da população geral. Assim, admite-se a importância da experiência social como um importante factor e pertencer ao grupo minoritário.

De forma geral, as taxas de autolesão são mais frequentes em caucasianos do que em não-caucasianos e mais relatadas em populações psiquiátricas, forenses e não-clínicas (Gratz; Guertin, Lloyd-Richardson, & Spirito; Jones; Maden, Chamberlain, & Gunn, cit. por Klonsky, & Muehlenkamp, 2007).

2.2.4. Método

O método mais comum de autolesão é o corte, com uma faca ou navalha, nos braços, pernas e barriga (Favazza; Klonsky, & Muehlenkamp; Nock, & Prinstein; Whitlock, et al., cit. por Nock, 2010). Alguns indivíduos relatam usar mais do que um método, sendo o mais comum, arranhar ou “raspar” a pele até sangrar, inserir objectos debaixo da mesma e queimá-la. Outros métodos utilizados são o morder-se e bater-se a si próprio, mexer nas feridas ou arrancar e puxar o cabelo (sendo alguns destes comportamentos mais normativos na população em geral) (Nock, 2010).

2.3. A autolesão no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

A falta de consenso na comunidade científica, face a este fenómeno, é acentuada com a não inclusão deste tipo de comportamento no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV; 4th ed.; Associação Americana de Psiquiatria, 2002), já que o mesmo é conceptualizado apenas por comportamentos e não por transtornos mentais. Os pensamentos e os comportamentos de violência autodirigida estão presentes apenas como um sintoma da patologia *borderline* (Klonsky, & Muehlenkamp, 2007), sugerindo-se que os indivíduos que adoptam estes comportamentos tendem a ter mais características *borderline* do que indivíduos que não o adoptam (Andover, et al.; Klonsky, et al., cit. por Klonsky, & Muehlenkamp, 2007).

O DSM-IV sugere que estes sujeitos têm um padrão de instabilidade face aos relacionamentos interpessoais, à auto-imagem e aos afectos e têm uma elevada impulsividade que poderá ser autodestrutiva. Segundo o manual, os sintomas iniciam-se nos primeiros anos da idade adulta e a sua prevalência varia de 1% a 2% na população geral, sendo maioritariamente diagnosticado em mulheres (75%). Um dos seus critérios é o comportamento de violência autodirigida em que se incluem os cortes e as queimaduras. Os indivíduos utilizam esta conduta de forma a se aliviar, através da reafirmação de sentir, de expiar sentimentos de culpa ou evitar o abandono quando se sentem intimidados face a uma separação ou rejeição iminente (Arcoverde, & Soares, 2012).

Também outros diagnósticos - como o da depressão *major*, do transtorno de ansiedade ou o do transtorno de comportamentos estereotipados - estão associados a este comportamento autolesivo (Klonsky, & Muehlenkamp, 2007), já que podem ser caracterizados, tal como na patologia *borderline*, por uma desregulação emocional e emoção negativa (Gross, & Munoz; Mennin, et al., cit. por., Klonsky, & Muehlenkamp, 2007). Segundo Klonsky e os seus colaboradores (cit. por Klonsky, & Muehlenkamp, 2007) os comportamentos autolesivos tendem a relacionar-se mais com o transtorno de ansiedade do que com o transtorno depressivo.

Sugerem ainda que a autolesão se associa também a distúrbios alimentares (e.g., Klonsky, et al., 2003), bem como ao consumo e abuso de substâncias (e.g., Joiner, 2005; Langbehn, & Pfohl, 1993). Porém, deve-se ter em conta que nem todos os indivíduos terão, automaticamente, alguns destes diagnósticos (Nock, 2009; Nock, & Favazza, 2009) e pensá-lo poderá limitar a compreensão, a todos os níveis, deste comportamento.

Em 1996, a inclusão do Síndrome de auto-agressão deliberada (*Deliberate Self-harm syndrome*) foi proposta para ser incluída no DSM, como diagnóstico aos indivíduos que repetitivamente se auto-agridem, contudo sem sucesso até hoje (Favazza, 2009). Recentemente, Selby, Bender, Gordon, Nock e Joiner (2011) sugeriram a inclusão dos comportamentos de violência autodirigida de carácter não suicida como um distúrbio comportamental, designado por *Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder*, para a quinta edição do DSM, ainda em preparação. No seu estudo, examinaram quais os critérios e quais as características deste distúrbio, comparando-as à perturbação de personalidade *borderline*, já que estes comportamentos são um sintoma da mesma, e a outros diagnósticos do Eixo I que são, comumente, observados na prática clínica. Desta forma, objectivou-se se estes comportamentos deveriam ou não ser considerados em separado. Os autores determinaram que, caso os comportamentos autodirigidos de carácter não suicida fossem considerados como um diagnóstico válido, seriam caracterizados por altos níveis de sintomas depressivos, ansiedade, ideação suicida e baixa correlação para outros diagnósticos do Eixo I.

Possivelmente, a não inclusão deste comportamento desajustado é por a sua presença não implicar um diagnóstico particular apesar dos diagnósticos psiquiátricos não serem raros em indivíduos com comportamentos autolesivos, existindo pesquisas que sugerem que estes indivíduos podem experienciar uma série de distúrbios psicológicos (Klonsky, et al.; Nock, et al., 2006, cit. por Klonsky, & Muehlenkamp, 2007).

3. Modelos Psicológicos da Autolesão

3.1. Explorações Psicanalíticas

Autolesão, como o grito da pele

Existe uma escassez surpreendente de investigação psicanalítica sobre o fenómeno autolesivo. Segundo Hamm (cit. por Medina, 2011), esta é uma maneira pela qual o indivíduo tenta reproduzir, repetitivamente, a experiência afectiva associada a uma experiência traumática anterior. A autolesão parece ser mantida pela compulsão à repetição em que o indivíduo, ao

permanecer em proximidade com a experiência traumática, tenta repará-la, sentindo-a. Para Medina (2011), pode ser vista como um comportamento que serve, simultaneamente, para a auto-regulação emocional, para a auto-expressão e para a autopunição. O corte pode ser considerado como um zelador face à excitação fisiológica, apaziguando a tristeza e funcionando como uma ferramenta viciante e calmante que poderá, transitoriamente, substituir um relacionamento (Medina, 2011).

Para Menninger (1938), a autolesão é caracterizada como um impulso suicida que é direccionado a uma parte do corpo. Diferenciando a autolesão nas neuroses e nas psicoses, o autor indica que, nas neuroses, o comportamento é realizado através de cortes escondidos, reproduzindo a relação entre os impulsos destrutivos (punitivos) e a consciência (remissão da culpa). Sempre que o *eu* esteja submetido a uma censura rígida, existe uma atenuação da culpa que permite o sujeito viver, sentido a auto-lesão como uma absolvição. Por sua vez, nas psicoses, a autolesão não é um corte escondido, apresentando formas bizarras como amputações ou transformações das funções dos membros do corpo. Segundo o mesmo autor, o que caracteriza este comportamento não é o seu grau mas sim a sua natureza, exemplificando que a onicofagia poderá ser um acto de autolesão, associado à culpa e à punição.

Transversal aos seus estudos, Menninger refere que há um mecanismo de relação de compromisso de um desejo que é inalcançável, da moral e do *eu*. Assim, o sujeito, ao ser incapaz de o realizar, sente-se culpado e inicia uma punição a um órgão do seu corpo e, desta forma, desloca e reduz o todo – corpo – pela parte – órgão (Strong, 1998). Ou seja, a autolesão deriva, segundo Menninger (1938), de um desejo sexual não realizado que é deslocado e reduzido a outra parte do corpo, sendo erotizado pela autolesão, que é mantida como um acto repetitivo, compulsivo e repleto de culpa. Sugere-se que este comportamento é uma forma do indivíduo se conservar e de se restabelecer, evitando a sua aniquilação, ou seja, o suicídio (Menninger, cit. por Strong, 1998).

Compulsão pela repetição: Autolesão como sintoma

A conceptualização da autolesão, como uma compulsão à repetição, é consistente com as evidências e teorias desenvolvidas, por exemplo, por Favazza (2011) ou Kolk, Perry e Herman (1991), já que este comportamento poderá ser entendido como uma reorganização que, apesar de violenta e silente, proporciona que o indivíduo se expresse, manifestando a sua raiva face a experiências traumáticas anteriores (Medina, 2011).

O *eu* é, sugerido por Freud (1920), com uma barreira que contém o que é intolerável à moral, que pode causar um estado de angústia de aniquilação do aparelho psíquico e que, ao não conseguir destruí-la, a recalca. Fora dos limites do *eu*, o que foi recalcado transforma-se e, ao se

associar a outros traumas (reais ou fantasiados), bem como a libidos sexuais, restitui-se como um sintoma. Este processo utiliza mecanismos como a condensação ou o deslocamento na tentativa de dissuadir o sintoma que, ao não ser compreendido pela consciência, proporciona ao indivíduo sensações de prazer e sofrimento.

Foi pela compreensão da compulsão à repetição que Freud (1920) observou que, mesmo após o contacto com o trauma ou com a fantasia do mesmo, o sintoma não desaparecia mas que se deslocava, formando-se outro ritual compulsivo. Verificou, pelas brincadeiras repetitivas da criança, que esta as realizava face a situações de ansiedade, como a ausência da cuidadora e que, simbolicamente, se vingava da mesma, regressando à posição anterior à ausência dela – “a compulsão à repetição rememora do passado experiências que não incluem possibilidade alguma de prazer e que nunca, mesmo há longo tempo, trouxeram satisfação, mesmo para impulsos instituais que desde então foram reprimidos” (p.34).

Em 1926, Freud relatou que, quando o aparelho psíquico se defronta com uma pulsão inaceitável à moral do *eu*, tenta afastá-la da consciência. É pelo *eu* que se desvia a pulsão insuportável, tornando-a inacessível à consciência, pelo recalçamento. Este pode muitas das vezes falhar, devido à força do estímulo - se muito forte - e à associação a outros estímulos, outrora também recalçados. Ao emergirem, são transformados e modificados e, consequentemente, irreconhecíveis – resultando no sintoma. Ou seja, o sintoma seria a pulsão modificada e irreconhecível à consciência que causaria um desprazer tolerável ao *eu*. Pelo princípio do prazer, o individuo consegue conter o recalque e esta tolerância oferece um sentimento de falsa segurança ao *eu*, já que este regressaria à posição anterior à incursão dos impulsos prejudiciais ao funcionamento psíquico.

Para Matos (1977), a compulsão à repetição surge pelas primeiras identificações, ao nível do *eu*, em que a criança - pela repetição activa do que viveu indiferentemente por intervenção materna – obtem prazer, pela satisfação da pulsão. Quando, ao querer assimilar a situação traumática – de impotência ou de solidão –, a criança repete a fantasia, tentando assim subjugar eventos penosos ou, com a sua repetição, procura encontrar uma solução para a realidade, sentida como frustrante. Ou seja, é a procura da satisfação interrompida, face à precepção de uma falha, por um desejo não concretizado, sendo uma reacção à rejeição do fracasso, na medida em que quando maior for a intolerância à frustração, mais significativa será a dependência objectal (Matos, 1979c). Esta compulsão a repetir, é um *vazio traumático*, onde há uma necessidade de preencher a falha apercebida, sentida como traumática, pela impossibilidade de elaboração e consequente superação da perda de uma relação objectal (Matos, 1979c). Este impulso, ao ser originado pela

pulsão não satisfeita, que subsiste activa no inconsciente será a consequência do conflito – entre a mesma e a defesa.

Sugere-se que alguns sujeitos conseguem utilizar mecanismos de sublimação, de fantasia ou de ilusão como defesas face à angústia ou de estranheza originada pela realidade. Contudo, para outros isso não é possível devido ao supereu rígido que inflige sofrimento ao ego (Freud, 1930). Ao ultrapassar estas experiências, a criança desenvolve a capacidade de planeamento em que a agressividade é investida face ao obstáculo ao invés de ser contra este. É com esta repetição fantasmática que a criança se começa a individualizar, afirmando-se e consequentemente, a iniciar a separação do objecto. Esta diferenciação do objecto é resultante do seu reconhecimento como objecto totalizante - que sente, distinto dos outros, do mundo e (quase) separado do sujeito – que reconhece o desejo do próprio (Matos, 1977).

Autolesão, a dor que (de)marca

Segundo Fleming (2006), a dor está associada à cultura, à arte ou à religião assim como a todas as formas simbólicas de transformar as vivências humanas, geradoras de sofrimento, dando-lhes sentido. Sem se deixar enclausurar no corpo, a atitude face à dor difere de pessoa para pessoa, dependendo da sua sensibilidade e da sua resposta à mesma, do contexto sociocultural ou mesmo da sua história de vida. Para Freud (1926), a dor corporal difere da psíquica pela natureza do seu investimento. Na dor física predomina um investimento narcísico enquanto, na dor mental, prevalece um investimento libidinal do objecto com o seu hiperinvestimento.

Para Milheiro (cit. por Fleming, 2006), a transformação da dor física em dor moral e desta em sofrimento (ou seja, em ansiedade) poderá ocorrer se a primeira for contida numa relação com o outro – com o objecto externo ou interno que é protector e suficientemente bom. Se o indivíduo tiver acesso à representação interna do objecto, poderá ignorar a dor, orientando o afastamento desta a disfunções psíquicas e somáticas.

Freud (1926), ao diferenciar dor e sofrimento, apontou que os dois termos designavam afectos e emoções exprimidas na área transicional entre a experiência corporal e a psíquica. Se, por um lado, o sofrimento seria a capacidade de suportar dentro do espaço mental da experiência, a dor presumiria um mal-estar que se expandiria pela área psíquica, tornando-se um afecto específico. Verifica-se que, para Freud, a dor primordial é a dor ante o desamparo provocada pela separação objectal (Flemming, 2006). Também outros autores determinam que a dor psíquica seria um limite entre o corpo e a mente, resultante de uma ruptura da integração do ego corporal (Szasz; Laplanche; Anzieu; Pontalis; cit. pro Flemming, 2006).

Segundo Mielli (cit. por Louzada, 2007) e, tendo como base, a psicanálise Lacaniana, o indivíduo assume a imagem do outro como própria e, conseqüentemente, a imagem de si é limitada por uma fronteira entre o *eu* e o Outro¹, como a própria sociedade, que é diferente do indivíduo. A autolesão, para esta autora, está intimamente associado à possibilidade do indivíduo se estabilizar, na sua identidade subjectiva, delimitando uma separação entre ele e o outro. Esta delimitação define-se como *Landmarck*, em que o indivíduo inscreve parte da sua história ou revela um acontecimento e, pela *Landmarck*, erotiza o local.

A procura da individualidade destes indivíduos chega, muitas das vezes, não pelo corte em si, mas pela visão do sangue que é eficaz em restaurar o seu senso de autenticidade (Favazza; Glenn, & DeNisco; Malikow, cit. por Hicks, & Hick, 2007). Na sua pesquisa, Medina (2011) encontrou histórias de negligência e de maus-tratos na infância das mulheres que entrevistou, revelando experiências contínuas de controlo, opressão e impotência. O impedimento de escolha envolvia componentes essenciais como a sua autonomia, a sua instrumentalidade e o seu envolvimento no ambiente (Slavin, & Pollock; Pollock, & Slavin; Gentile, cit. por Medina, 2011), já que é pela experiência de se existir, no mundo relacional, que se tem impacto nos outros. A possibilidade de escolha implica que a pessoa seja activa, que deseje, planeie, que realize e, desta forma, que se reconheça a si mesma como uma entidade independente do mundo externo.

3.2. Modelo Funcional

Segundo uma abordagem funcional, o estudo deste comportamento refere-se à análise dos antecedentes e conseqüências dos eventos que, hipoteticamente o causam ou o mantêm. Assim, este modelo tem como objectivo considerar que funções têm o comportamento, classificando-o e tratando-o de acordo com o processo que o produz e o sustenta (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996, cit. por Nock, 2009a; Nock, & Cha, 2009). Esta abordagem

¹ O Outro é um conceito estabelecido por Lacan que vai apontar para uma alteridade que não envolve o outro enquanto semelhante. Devemos considerar que os pais, ou os cuidadores, são as pessoas que encarnam primeiramente o Outro para o bebé, ocupando o papel de representante do mundo simbólico.

levou a avanços significativos na conceptualização, avaliação e no tratamento do mesmo (Hayes, et al., cit. por Nock, & Cha, 2009).

A autolesão é mantida devido a quatro processos que diferem de acordo com o reforço – seja positivo ou negativo – e com o evento consequente – se intrapessoal (automático) se interpessoal (social). Desta forma, assume-se que o comportamento autolesivo é mantido por a) *reforço negativo intrapessoal*, em que a autolesão diminui ou distrai o sujeito de pensamentos ou sentimentos aversivos (alívio da tensão, diminuição dos sentimentos de raiva); b) *reforço positivo intrapessoal*, em que a autolesão gera sentimentos de desejo e/ou estimulação (auto-estimulação, satisfação por se ter autopunido); c) *reforço positivo interpessoal*, em que o comportamento é seguido pela ocorrência ou aumento face a um evento social (facilita a procura de ajuda, de atenção, de suporte) e por d) *reforço negativo interpessoal*, em que o comportamento é um escape a situações sociais indesejadas (Nock, 2009; 2010; Nock, & Cha, 2009).

Alguns autores sugerem que os indivíduos, com uma história recente de comportamentos autolesivos, teriam maior excitação fisiológica face a um estímulo *stressor* assim como menor capacidade de o tolerar (Nock, & Mendes, 2008; Nock, & Cha, 2009). Porém, estudos laboratoriais têm demonstrado a diminuição da excitação fisiológica em indivíduos com comportamentos autolesivos após a imaginação do mesmo, pela audição de relatos pré-gravados sobre episódios de autolesão, sustentando a função de reforço intrapessoal negativo (Haines et al.; Welch et al., cit. por Nock, & Cha, 2009; Nock 2010). Da mesma forma, outros estudos revelam a melhoria da relação familiar do indivíduo após a iniciação deste comportamento, verificando-se a importância da função de reforço interpessoal positivo (Hilt, et al., cit. por Nock, 2010).

As funções da autolesão

Nock e Cha (2009) sugerem que este comportamento poderá ser uma forma de autopunição; poderá um ser comportamento natural, eficaz e acessível para a regulação de experiências cognitivas e emocionais; poderá influenciar o comportamento dos outros e ser utilizado como forma de comunicação e poderá ser, ainda, um comportamento modelado pela observação dos outros e pela influência da comunicação social.

- Hipótese da aprendizagem social

Muitos dos comportamentos são apreendidos através da observação dos outros (Bandura, cit. por Nock, 2010) e da mesma forma que aprendemos comportamentos não patológicos – como jogar futebol, ou dançar – também aprendemos comportamentos potencialmente patológicos – como a purgação ou o consumo excessivo de substâncias. Durante a adolescência, o comportamento e a influência dos pares revelam-se primordiais para o indivíduo que se poderá envolver em comportamentos de risco – como o consumo de álcool e drogas, comportamentos sexuais de risco e a autolesão (Prinstein, Guerry, Browne, & Rancourt, 2009; Nock, 2010).

Cada vez há mais referência a este tipo de comportamento na comunicação social, nos filmes, na música ou na internet (Whitlock, Purington & Gershkovich, cit. por Nock, 2009). Segundo Whitlock e os seus colaboradores (Nock, 2010), a divulgação do comportamento de violência autodirigida, mesmo realizada com boas intenções, corre o risco de ter a sua mensagem mal interpretada pelos adolescentes, podendo aumentar a ocorrência do mesmo. Pelos auto-relatos, a maioria dos adolescentes e dos jovens adultos admitem que, inicialmente, seguiram este comportamento por o terem aprendido com os irmãos, com os amigos e através da comunicação social (Deliberto & Nock, cit. por Nock, 2010).

- Hipótese da Autopunição

O indivíduo pode optar por seguir este comportamento como um meio de regulação afectiva/cognitiva, como forma de se autopunir, por alguma irregularidade compreendida, como uma forma de responder ao ódio que sente por si e ao seu sentimento de desvalorização (Favazza; Strong; Walsh & Rosen, cit. por Nock, 2010) e, desta forma, como uma expressão da raiva do indivíduo por si próprio – por ser alvo de abusos repetitivos ou de crítica pelos outros (Nock, 2009; Klonsky, & Muehlenkamp, 2007). A autocritica e a necessidade de autopunição podem surgir como resultado de transtornos depressivos em que o indivíduo aprende a responder às falhas percebidas com a autocritica e, conseqüentemente, com o “auto-abuso” na forma de autolesão.

Estudos demonstraram a associação da autocritica face à crítica dos pais e à autolesão, sugerindo que a correlação entre estas é significativa nos indivíduos com autocritica (Wedig & Nock, 2010; Nock, 2010). Esta poderá ser uma explicação adicional ao facto da negligência, durante a infância, estar relacionada com os comportamentos autodirigidos - a autocritica, durante a adolescência, é um mediador entre os maus-tratos na infância e os comportamentos autodirigidos (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto, & Nock, cit. por Nock, 2009) que

sugerem ser experienciados como familiares, ego-sintônicos e auto-tranquilizantes face a situações aversivas (Klonsky, & Muehlenkamp, 2007).

Pensa-se que a autopunição, a autodepreciação e a autocrítica são conceitos vitais para a compreensão do por quê de alguns indivíduos se auto-infligirem (Comer & Laird, McCloskey & Berman, cit. por Nock, 2010).

- Hipótese da anti-dissociação

Muitos dos indivíduos que adoptam estes comportamentos fazem-nos de forma a interromper estados dissociativos em que nada sentem. A dor física poderá ajudá-los a sentirem-se íntegros, já que o “sentir algo” poderá ser um dos seus objectivos. Os episódios de dissociação ou de despersonalização poderão ocorrer como o resultado das intensas emoções que sentem (Klonsky, & Muehlenkamp, 2009).

- Hipótese de Anti-suicídio

Segundo os autores acima mencionados, a autolesão poderá ser uma tentativa de resistir ao suicídio.

- Hipótese de identificação/Atitude Implícita

Parece existir uma identificação com o comportamento uma vez que ele é escolhido ao invés de outros e com o qual o indivíduo alcança o que deseja. Ainda não é claro se a identificação, implícita a estes comportamentos, influencia ou não a decisão inicial de os utilizar ou se se desenvolve como resultado dos mesmos (Nock, 2010). Sugere-se que as associações implícitas e as identificações que o indivíduo realiza são preditivas do comportamento subsequente (Greenwald et al., cit. por Nock, 2010), sendo possível que o seu envolvimento seja um meio de regulação emocional/cognitiva ou social, devido às associações implícitas sobre o mesmo em relação a outros possíveis.) O indivíduo, quando quer regular a sua emoção, cognição ou experiência social, é influenciado pelas suas atitudes implícitas e pela identificação às diferentes estratégias de *coping* que poderá escolher. Sugere-se, então, que começam a identificar-se com a autolesão ao longo do tempo e/ou a desenvolver uma atitude positiva sobre o comportamento devido aos pares, ou seja, à modelagem social, pois este é percebido para satisfazer a função pretendida, neste caso, como uma sinalização social ou por outros mecanismos (Nock, & Cha, 2009).

- Hipótese da Sinalização Social

Existem indivíduos que utilizam estes comportamentos como meio de comunicação quando as estratégias de comunicação falham (quando gritar ou falar não chega), devido a um défice comunicacional ou à má qualidade ou clareza do sinal imitado (Nock, 2009; Favazza, 2011). Segundo Nock (2010), este comportamento, apesar de desajustado, proporciona a comunicação e influencia os outros quando a linguagem está ausente (e.g., Hauser, 1996; Maynard, Smith, & Harper, 2003), limitada (e.g., Iwata et al., 1994) ou quando a capacidade de transmitir uma angústia é ineficaz (e.g., Kleinman 1982, Nichter 1981) e, ironicamente, por ser extremo e prejudicial, acaba por ser um meio de comunicação social eficiente (Hagen, Watson & Hammerstein; Nock; cit. por Nock, 2009). Deste modo, o indivíduo provoca nos outros as respostas que deseja e que não conseguiu por outros meios.

Também Klonsky e Muehlenkamp (2007) verificam a importância da influência interpessoal, dando como exemplo certos indivíduos que utilizam a auto-agressão como um reforço, para a obtenção de afecto ou de amor por parte dos outros. Em outros casos admite-se que estes comportamentos também sirvam de vínculo com outros que também se auto-agridem. Este processo pode ocorrer como objectivo de sinalizar ajuda, pelo reforço social positivo, e de sinalização de força, pelo reforço social negativo. Num caso extremo de provocação, um adolescente pode envolver-se em comportamentos autolesivos como forma de exibir força ou resistência (Nock, 2009; 2010).

Segundo Nock (2010), estudos apontaram que os indivíduos, que se envolvem nestes comportamentos, demonstram défices na capacidade de gerarem palavra (e.g., Fotos, & Nock, 2006) e de exprimirem emoções (e.g., Gratz, 2006), sugerindo uma menor capacidade para produzir um sinal eficaz e claro. Também as suas famílias apresentam altos níveis de hostilidade e crítica em comparação com os grupos de controlo, sugerindo problemas ao nível da recepção de sinais (Wedig, & Nock, 2010).

- Hipótese analgésica à dor

A analgesia, a perda de sensibilidade à dor, parece ser um factor associado aos elevados níveis de endorfinas no corpo – libertadas na corrente sanguínea, após uma lesão corporal, reduzem a experiência de dor e podem levar a um sentimento de euforia. Sugere-se que surjam devido à habituação, como resultado de abuso anterior ou pela repetição do acto. Contudo não existe dados que demonstrem que a frequência da autolesão se associe à experiência de dor, o que argumenta contra a hipótese de habituação (Nock, 2009).

Estudos demonstraram que, comparativamente a indivíduos que não se agredem, aqueles que o fazem, têm menor sensibilidade à dor, aguentando mais o estímulo até este ser considerado

doloroso, tendo, portanto, mais tolerância (e.g. Bohus, et al., 2000; Kemperman, et al., 1997; Russ, et al., 1999). Não se sabe, no entanto, se esta tolerância à dor já está presente nos indivíduos ou se surge como uma consequência da habituação e da repetição do comportamento autolesivo (Nock, 2010).

O efeito analgésico das endorfinas é adaptável a partir de uma perspectiva evolutiva, uma vez que permite ao organismo adaptar-se face à lesão e reagir. É possível que alguns indivíduos tenham maior predisposição a ter níveis mais elevados de endorfinas ou que a repetição da autolesão leve ao desenvolvimento das mesmas, o que, consequentemente diminuirá a sensibilidade à dor, originando sentimentos de prazer o que, conjugado, pode aumentar a probabilidade de comportamentos autolesivos (Conner, & Laird; Goldberg, & Sakinofsky; Nock, et al.; cit. por Nock, 2010).

- Hipótese pragmática

A hipótese mais parcimoniosa para a escolha desta forma de violência é vista como uma maneira fácil, acessível e rápida de servir as funções propostas. Este comportamento pode ser realizado em qualquer contexto e não exige o tempo nem os materiais de que certos comportamentos, embora podendo servir para a mesma função, necessitam - como o consumo de álcool ou o uso de drogas. Assim, torna-se um comportamento atractivo para os adolescentes e para os jovens adultos que não têm, por si só, capacidade de regular as suas emoções e que nem tem acesso, no exemplo dado, a álcool ou drogas (Nock, 2009).

O desenvolvimento e a manutenção da autolesão

Segundo um modelo funcional (Figura 2) os indivíduos envolvem-se nestes comportamentos como uma estratégia para a redução de um estímulo negativo que é mantido pelo reforço positivo ou negativo (Prinstein, et al., 2009). O reforço negativo intrapessoal é associado a sintomas psicológicos de que os indivíduos tentam escapar, enquanto o reforço

positivo intrapessoal se associa a sintomas que, normalmente, produzem dissociação, existindo a necessidade de se sentir algo (Nock, 2010).

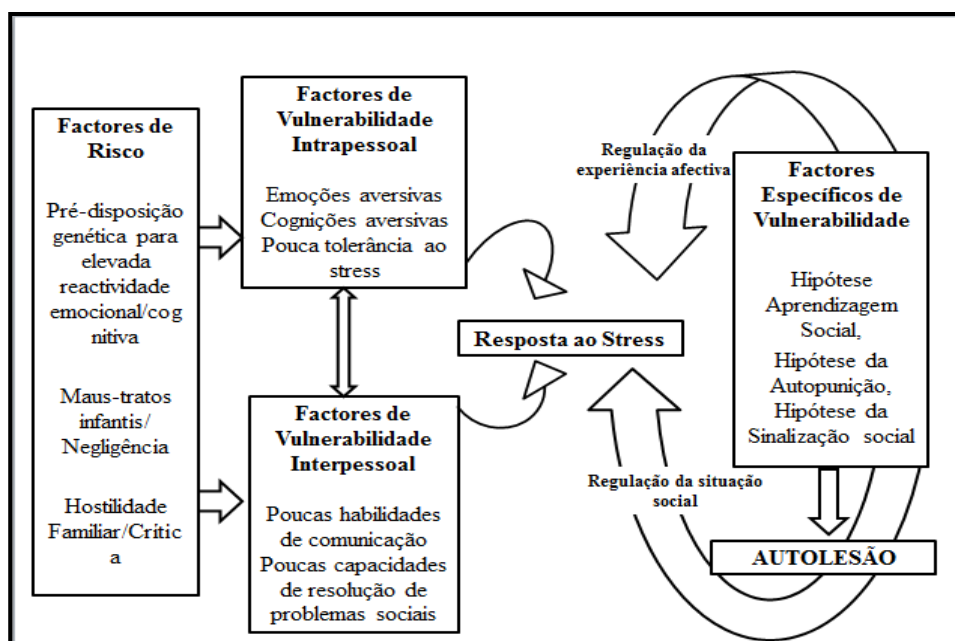


Figura 2 – Desenvolvimento e manutenção da autolesão

Da mesma forma, associadas a estas duas funções, sugere-se uma função social, em que a autolesão poderá ser uma estratégia para a gestão da situação e do ambiente social – reforço social positivo – ou poderá ser utilizada para escapar a actividades – reforço social negativo (Prinstein, et al., 2009). Ao ser reforçado por diferentes variáveis e de diferentes formas, quando as recompensas do mesmo superam as consequências negativas, o comportamento é mantido (Nock, 2010).

Os indivíduos que relatam experiências de autolesão, demonstram vulnerabilidades intrapessoais caracterizadas por uma maior excitação fisiológica em resposta a uma tarefa frustrante (Nock, & Mendes, 2008) ou a um evento stressante (e.g. Nock, et al., cit. por Nock, 2010) e, da mesma forma, necessitam de mais esforço para suprirem os pensamentos e os sentimentos aversivos (e.g. Najmi, et al., cit. por Nock, 2010), já que apresentam menos capacidade para tolerarem o sofrimento experienciado (Nock, & Mendes, 2008). As vulnerabilidades interpessoais associam-se à pouca capacidade de resolução de problemas e à pobre comunicação verbal e não-verbal (Nock, & Mendes, 2008; Nock, 2010). Estas vulnerabilidades são resultado da interacção entre os factores genéticos e ambientais. Pelos estudos realizados, evidencia-se que as experiências precoces, face a situações aversivas, se relacionam com o desenvolvimento de psicopatologia e o seu resultado é verificado por efeitos

neurobiológicos (verificado pelo aumento do stress e pela diminuição de actividade no córtex frontal) (Kaufman, & Charney; Sanchez, et al.,; Teicher, et al.,; cit. por Nock, 2010). Outras investigações demonstram que os efeitos de um episódio precoce aversivo são especialmente eficazes em indivíduos com uma pré-disposição genética à vulnerabilidade (Caspi, et al.; Perroud, et al.; cit. por Nock, 2010).

IV. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA E OBJECTIVO DO ESTUDO

Os comportamentos autodirigidos e auto-agressivos são uma causa frequente morte (Nock, Borges, et al.,; Organização Mundial da Saúde (OMS), cit. por Nock, & Sterba, 2010) sendo que, nos últimos dez anos, a investigação realizada triplicou (de 117 artigos em 1998 para

386 em 2008), demonstrando a preocupação dos investigadores e dos clínicos no impacto deste comportamento autodestrutivo na vida de quem o faz e na vida de quem o rodeia (Nock, 2010). O estudo da prevalência deste comportamento é um processo complexo devido a algumas razões, como à falta de consenso relativamente aos termos a utilizar e às definições que conceptualizam este comportamento e, consequentemente, ao que realmente o caracteriza.

O método de recolha de dados negligencia algumas das populações passíveis de estudar, na medida em que se sugere a generalização de alguns dados das amostras clínicas para a população geral (Gindhu, & Schonert-Reichl, cit. por, Rodham, & Hawton, 2009). Como consequência, os estudos de população hospitalar e clínica parecem excluir uma proporção significativa de indivíduos que se envolvem em comportamentos autolesivos, mas que não o relatam aos serviços clínicos (Rodham, & Hawton, 2009). Este fenómeno também ocorre na população geral que, muitas das vezes, por ser “esquecida” não recebe a atenção devida. Estes dados traduzem a relevância deste tema e a importância do mesmo ser discutido – exigindo-se investigação e conhecimento. Contudo, a compreensão, em plenitude, das suas características e dinâmicas devem ser mais aprofundadas.

Qual é o objectivo deste comportamento? Porquê que as pessoas o seguem? E quem são elas? Nestas pessoas, a experiência deste comportamento é vivida pelo corpo. No corpo.

A ideia é uma leitura clínica e psicanalítica deste fenómeno como um sintoma em que, pela exploração mais detalhada da história de vida do indivíduo, tentar-se-á compreendê-lo, pela apreensão dos elementos subjacentes ao mesmo.

V. MÉTODO

Delineamento

No presente estudo foi utilizada uma análise qualitativa e interpretativa, tendo, como base, o estudo de caso intrínseco (Yin, 2001). Este é uma abordagem metodológica de

investigação que procura compreender, descrever ou explorar um fenómeno tanto na sua singularidade como na sua globalidade (op. cit.). O estudo de caso procura explorar, descrever, explicar, avaliar e/ou transformar (Gomez, Flores, & Jimenez, 1996) e, desta forma, ao responder ao “como” e ao “porquê” (Yin, 2001), pela promoção da individualidade do sujeito em detrimento das generalizações, pretendeu-se realizar uma análise clínica da autolesão pela compreensão, exploração e descrição da história de vida do mesmo.

Aliando os métodos e técnicas de observação, de documentação fornecida, da análise e interpretação das características e dos significados do fenómeno, foi estudado o sujeito no seu contexto, com o objectivo de compreender e explorar as suas vivências, experiências, conhecimentos, concepções e sentimentos mas, da mesma forma que esta metodologia aproxima o investigador do participante - pela observação do comportamento, pela proximidade e interacção (Ribeiro, 2007) - também poderá contaminar o estudo, através de falsas evidências (Yin, 2001), já que o investigador se torna o principal instrumento ou porque o caso poderá ser demasiado específico (Vieira, 1999).

Contudo, este estudo poderá ser um exemplo dos sugeridos por outros teóricos, em que a validade externa poderá não ser influenciada, pois poderá ser um caso que, por ser muito específico, pode não ser replicável (Coutinho & Chaves, 2002). Sendo assim, existirá *validade interna* se os resultados se relacionarem com a realidade que é mutável e multidimensional e reconhecida pelos participantes (Merriam, 1998). A honestidade e a descrição são, entre outras, as bases para uma boa *validade interna* (op. cit.). Yin (2001) menciona ainda a importância da triangulação que irá confirmar a validade dos processos e que utilizará, por exemplo, vários peritos, várias fontes de dados ou diferentes métodos.

Nesta pesquisa foi utilizada um método de amostragem não probabilístico, por conveniência, ou seja, a amostra não foi constituída de forma aleatória – o sujeito foi voluntário e estava disponível (Hill, & Hill, 2000). Ao ser por conveniência, a amostra tem um objectivo específico, apesar das muitas limitações relacionadas com a generalização da mesma (Bispo & Maroco, 2005).

Para a recolha de dados foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com o objectivo de construir a história de vida do sujeito com base nas suas concepções e vivências. Para a exploração e compreensão da informação recolhida, realizou-se uma análise de conteúdo, segundo os pressupostos de Bardin (2006). Primeiramente categorizou-se os dados recolhidos, distinguindo-se os aspectos primordiais e transversais ao discurso do sujeito de forma a aprofundar e a interpretar os resultados. Esta análise é composta por três fases. A primeira é a *pré-análise* onde, pela leitura flutuante da história de vida, se retiraram apontamentos para proceder à

codificação e, por fim, à *categorização* das respostas que, face ao objectivo de estudo, foram organizadas por conveniência.

Participante

A amostra é constituída por um sujeito do sexo feminino seleccionado por conveniência, Tem 37 anos e é natural de Loures.

Instrumentos

Foram utilizados alguns instrumentos bem como técnicas e procedimentos associados a uma metodologia qualitativa. Aliada à minha observação-participante, o diário de bordo foi utilizado para as notas relativas à minha experiência – o que ouvi, o que vi e o que senti – durante o processo de recolha de dados. Foi uma forma de reflexão sobre estes já que me proporcionou o acompanhamento do estudo.

Pelas entrevistas semi-estruturadas construiu-se a história de vida do sujeito, com o objectivo de compreender a sua vivência e como ele a interpretava. A primeira pergunta (“Como se define?”) foi aberta, tornando-se fulcral para o desenvolvimento do resto da entrevista já que, a partir desta, foram ajustadas as outras questões de forma a obter-se as respostas necessárias e clarificadoras. Foram feitas questões mais direccionadas com a temática em estudo, das quais são exemplos: “O que despoletou?”, “Com foi a primeira vez que se automutilou?” e “Como se sentiu antes, durante e depois?”.

A autolesão é um constructo complexo e multidimensional e, para o compreender, é importante avaliar os seus múltiplos domínios, incluindo não só a história do comportamento, mas também o seu contexto e as suas funções (Klonsky, & Weinberg, 2009). Estes autores propõem tópicos imprescindíveis para a sua avaliação:

- 1) *História da auto-lesão* – compreender a função do comportamento, a gravidade dos danos físicos, a frequência das lesões, a idade de início do comportamento, interligando a história da autolesão à história de vida do indivíduo (op. cit., 2009);
- 2) *Contexto* – Contextualização do desenvolvimento do comportamento, pela identificação de variáveis que induzem e encorajam o mesmo (op. cit., 2009),
 - a. *Variável ambiental* - Factores que antecedem, acompanham e precedem o comportamento e o seu relacionamento com familiares ou com contextos significativos, como o laboral
 - b. *Variável Cognitiva* – Pensamentos que o indivíduo tem antes, durante ou depois do comportamento, inferindo a probabilidade do comportamento se manter ou não.

- c. *Variável Afectiva* - Emoções ou pensamentos que o indivíduo possa ter antes, durante ou depois do acto. Compreende-las é fulcral para o conhecimento das motivações que fazem o indivíduo envolver-se neste tipo de comportamento.
 - d. *Variável Biológica*- Se o contexto autolesivo é influenciado pelo consumo de substâncias ou por outras variáveis como a fadiga, a insónia, a doença ou a síndrome pré-menstrual. Estes factores aumentam a vulnerabilidade ao stress e, consequentemente, aumentam a probabilidade dos indivíduos se envolverem neste tipo de comportamentos.
- 3) *Funções* – Entendimento da função geral do comportamento, se automática ou social (e.g. Glenn, & Klonsky, 2007; Nock, & Prinstein, 2004, 2005). A primeira relaciona-se ao reforço do próprio indivíduo (a auto-lesão é realizada para impedir sentimentos negativos ou aversivos) e, a segunda, a social, refere-se ao reforço extrínseco (se o comportamento é realizado para influenciar e/ou influir comportamentos desejados nos outros).

Após a selecção dos dados alusivos ao objectivo desta investigação, realizou-se uma análise de conteúdo da história de vida, seguindo os pressupostos de Bardin (2006). A análise de conteúdo é definida como “uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação” (op. cit., 2006, p.18), ou seja é “ um conjunto de técnicas de análise das comunicações” onde, segundo alguns procedimentos – sistemáticos e objectivos de descrição das mensagens – se alcançam indicadores que irão permitir a inferência de saberes inerentes às condições de produção/recepção das mesmas (Bardin; Trivinos, cit. por Silva, Gobbi, & Simão, 2005).

A inferência será o procedimento mediador entre a descrição – enumeração das características do enunciado – e a interpretação – o significado atribuído a estas (Bardin, 2006). Trivinos (cit. por Silva, et al., 2005) expõe que a inferência resulta do domínio dos conceitos primordiais que estão na base do conteúdo das mensagens e que, além do conteúdo manifesto, há que explorar e examinar o conteúdo latente das mesmas, possibilitando uma integração dos materiais, pois desta forma será possível obter-se a significação dos elementos. Segundo Laville e Dionne (cit. por Silva, et al., 2005), o investigador elabora a sua percepção face ao fenómeno estudado, pois é orientado pelas especificidades do material que seleccionou.

Outros teóricos relacionam as possibilidades do uso deste tipo de análise. Segundo P. Henry e S. Moscovici (cit. por Bardin, 2006) “tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo” (p. 28). Também A. Lévy (cit. por Bardin, 2006) sugere que, quando se realiza uma análise de conteúdo, o objectivo será estabelecer uma ligação entre as

construções semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas ou sociológicas dos enunciados, em que as comunicações – vinculadas de um emissor para um receptor – podem ser trabalhadas pelas técnicas de análise de conteúdo (Godoy, cit. por Silva et al., 2005).

Segundo Bardin (2006), a análise de conteúdo tem duas funções distintas, mas complementares – uma *função heurística* e uma *função de administração da prova*. A primeira incide sobre a tentativa de exploração da mensagem de forma “a ver o que dá” (p.25). A segunda função relaciona-se com a possibilidade de, segundo uma análise sistemática, se verificar – pela confirmação ou por uma infirmação – as hipóteses sob a forma de questões ou afirmações - ou seja, “é a análise de conteúdo ‘para servir de prova’” (p.25). Numa investigação qualitativa, o objectivo da análise é a presença ou a ausência de dada característica em determinada mensagem (Bardin, cit. por Silva, et al., 2005).

Segundo uma análise mista do caso apresentado, a categorização teve, como base, categorias já existentes e referidas pela literatura - *O Materno*, *O Paterno*, *A Imagem Corporal*, *Idealização do Futuro* e *Traços Depressivos*, bem como a concepção de outras, fulcrais para a análise e para a apreensão do caso – *Relações Afetivas*, *Roturas* e *Características Borderline*.

Tabela 2. Categorias, Subcategorias e concernente Caracterização

Categoria	Subcategorias	Caracterização
<i>A. Materno</i>	a) A relação b) Características Atribuídas	Categoria que remete para a figura materna, nomeadamente no que alude à relação mãe-filha e às suas características de personalidade, atribuídas por Amélia à sua mãe.
<i>B. Paterno</i>	a) A relação b) Características Atribuídas	Categoria que remete para a figura paterna, nomeadamente no que respeita à relação pai-filha e às suas características de personalidade, atribuídas por Amélia ao seu pai.
<i>C. Relações Afetivas</i>	a) Marido: Relação e Características atribuídas b) Filhos: Relação e Características atribuídas c) Irmãos: Relação com os irmãos e Características atribuídas	Categoria que remete para as relações descritas por Amélia como significativas.

<i>D. Roturas</i>	b) Académicas/Profissionais c) De Contextos	Categoria que envolve o entendimento e as vivências das suas roturas relacionais (i.e., namoro, amizade, família) e outra subcategoria, onde se inclui as roturas de contexto pessoais e profissionais significativas para Amélia.
<i>E. Imagem Corporal</i>	a) Percepção b) Sexualidade c) Relação com o corpo	Categoria que pretende compreender como é que o sujeito vivencia as temáticas relacionadas com a imagem corporal, através da sua percepção, associando a sexualidade e a relação com o corpo.
<i>F. Idealização do Futuro</i>	a) Si idealizado b) Vida Ideal c) Casa Ideal d) Vida Profissional Ideal e) Relação Amorosa Ideal	Categoria que procura perceber como é que Amélia idealiza diferentes âmbitos do seu futuro, com o objectivo de compreender o presente real por comparação ao futuro ideal.
<i>G. Traços Depressivos</i>	a) Necessidade de aprovação b) Desprendimento c) Sentimentos de Tristeza d) Isolamento e) Sentimentos de Culpa	Categoria que remete a traços depressivos, decorrentes no seu discurso.
<i>H. Características Borderline</i>	a) Angústia de Separação b) Comportamentos Autodestrutivos c) Procura do Afecto d) Angústias claustro e agorafóbicas e) Regras f) Exigência e o perfeccionismo g) Controlo do objecto h) Instabilidade Emocional i) Dissociação j) Impulsividade	Categoria que remete a características de núcleos borderline decorrentes no seu discurso.

Procedimento

O contacto com o sujeito foi facilitado por um intermediário que o questionou sobre a possibilidade de colaborar neste estudo. Após este primeiro contacto, foi agendada uma entrevista, via contacto telefónico, para recolha de dados informativos. Num segundo momento, foi-lhe apresentado o Consentimento Informado (anexo X), como forma de esclarecimento face ao objectivo e às características associadas e inerentes ao estudo, dando-se início à recolha de dados. As cinco entrevistas seguintes foram sempre agendadas conforme a disponibilidade do sujeito, estando este ciente que a sua participação era voluntária e sem qualquer remuneração. Todas os encontros decorreram conforme o planeado, sem qualquer interrupção e/ou condutas não planeadas.

VI. DESCRIÇÃO DO CASO

Apresenta-se de seguida alguns excertos mais significativos deste caso, com o objectivo de o resumir e de o contextualizar. A história de vida de Amélia, descrita de forma mais detalhada, encontra-se no Anexo II.

Observações

A imagem corporal de Amélia apresenta-se cuidada. É alta e magra. Loira, de olhos castanhos meigos; olhar que é defendido, por vezes, pelos seus óculos. O seu sorriso, normalmente tímido, mas franco, contrasta com a sua postura rígida e pouco desinibida. Ao longo dos nossos encontros, Amélia demonstra-se mais confortável. A tensão e a contenção habituais misturam-se agora com uma descontração, até então, nunca manifestada. As mãos, ora em movimento, ora pousadas nos joelhos, acompanham o seu discurso - maioritariamente racional. A emoção, que se assiste em alguns momentos, inicialmente contida, deixa rapidamente de o ser, tornando-se numa verdadeira catarse.

O contexto

Amélia nasceu em 1975, no dia 4 quatro de Abril. Hoje tem 37 anos, o 9º ano de Escolaridade e é Auxiliar de Acção Educativa num agrupamento de escolas da sua localidade. É casada com Tiago - de 38 anos, com o 12º ano de Escolaridade, Jardineiro - há 13 anos e, desta união, nasceram Matilde, de 13 anos e João, de 6 anos. Vive em Lisboa. A mãe, Ana, de 62 anos, é Auxiliar de Acção Educativa e o seu pai, António, era Caixeiro-Viajante até que, aos 47 anos, faleceu devido a uma cirrose hepática e cancro no pâncreas. A sua irmã tem 33 anos, o 12º ano de Escolaridade e é Assistente de Cobranças e o seu irmão, tem 38 anos, o 8º ano de Escolaridade e é Delegado de Vendas.

Como se define

Considera-se uma mulher segura de si, contudo tímida e introvertida no encontro com os outros. A perspicácia e a tolerância, bem como a generosidade e a sinceridade, são também características com que se define. Admite ser insegura em algumas tomadas de decisão e detesta

mentiras e injustiças, sendo muito “sensível” a estas – *“Quando confio nas pessoas e as pessoas traem a minha confiança, nunca mais consigo ser a mesma.”*. Considera que reage muito por “impulsos” e assume ter alguns momentos depressivos. Questionada sobre como gostaria de ser, e após um silêncio, revela – *“Eu gosto de ser como sou... sei lá... (silêncio). Gostaria de ter... sei lá... mais coragem para dizer certas coisas... às vezes acho que tenho vontade de dizer... mas primeiro penso... ser mais impulsiva, sei lá... se calhar não guardar tanta coisa para mim... se calhar, quando “discuto” com alguém... dizer as verdades às pessoas... às vezes controlo-me um bocadinho... ou com medo de me magoar... e às vezes acabo-me por me magoar a mim... às vezes penso – ‘se eu tivesse dito...’... mas isto são coisas que eu não penso muito... sei lá... Eu gosto de ser como sou a nível psicológico.”*

Infância

Conta que a sua infância foi tranquila. Vivia em Loures, com os pais e irmãos. A mãe era quem geria a casa devido às ausências profissionais do pai, lembrando que só se lembra de ver a mãe trabalhar depois de ele ter morrido. Era a “*menina do papá*”, atribuindo ao pai sentimentos afectivos positivos, como o carinho, amizade e tolerância e o “*sentimento de amor nunca foi posto em causa*”, pois nas suas ausências, até por não serem prolongadas, o pai “*compensava quando voltava*”, pelo momento do reencontro.

Com a sua mãe, a relação era mais distante e fria, considerando-a “*controladora*”, porém sempre preocupada e presente – era o “*pilar da casa*”. Menciona que “*não tenho recordação do abraço, do colo da minha mãe... já com o meu pai era diferente... recordo-me de que o meu pai era quem fazia isso... a minha mãe... o modo dela é diferente... é muito preocupada, sempre a ligar a saber de nós... é o feitio dela*”. Porém juntos, eram um “*casal único, muito apaixonado e amigo um do outro... eram bons companheiros. Nunca vi nenhuma violência... quando discutiam, eram aquelas discussões normais... dos casais!*”.

Considera a sua família pouco afectiva – “*nunca fez parte da nossa família aqueles abraços e beijinhos. Gostamos muito uns dos outros mas nunca o demonstrávamos dessa forma*” – e os momentos mais ternurentos aconteciam “*quando o meu pai vinha de fora é que chegava e pedia beijinhos a todos*”. Com os seus irmãos teve e mantém hoje uma relação distante, porém “*quando acontece uma coisa má, estamos lá uns para os outros*”.

A partir dos três anos e meio, Amélia começou a ficar ao cuidado da sua avó materna, com os primos e irmão. Antes frequentara o infantário durante seis meses, mas os seus pais retiram-na de lá, pois a educadora de infância batia-lhe e castigava-a por “*eu ser tímida e calada [...] sempre que ia para o infantário, vomitava e chorava.*”. Revela que “*ainda outra mania que tenho, desde que me lembro que sou gente, é que antes de adormecer, ou mesmo se estiver parada a ver televisão, tenho que estar sempre*

a roçar os dedos da mão num pano, lençol, almofada, como os bebés fazem. Nunca consegui parar de fazer isto.. [...] estou num mundo à parte, como se nada estivesse à minha volta!”

Aos seis anos ingressou na primeira classe e quando tinha oito anos a família mudou-se para Lisboa. No início do ensino básico, sucessivas reprovações marcaram esta fase – dos onze até aos dezasseis anos – reprovava um ano, passava outro. Nesta fase irregular, devido às sucessivas reprovações, refere que os pais nunca a castigaram e só a advertiram e aconselharam. Apesar de tudo, adorava as disciplinas de Educação Física, Trabalhos Manuais e também gostava muito de Matemática.

Indica que tinha umas “*manias*” – transcrevia, vezes sem conta, os apontamentos, em cadernos – “*Passava duas, três, quatro vezes, as vezes que fossem necessárias, [...] passava tudo, tudo, tudo...*” e que adorava (e adora) fazer puzzles – “*fascina-me desmontar qualquer coisa para ver como funciona*” pois, “*sempre gostei de coisas que me façam puxar pela cabeça.*”. Apesar de considerar que não fazia birras, admite que chorava muito – “*metia-me no canto do quarto, sentada com a cabeça entre os joelhos, e chorava, chorava, chorava [...] era um grande sofrimento*” – quando não a deixavam fazer o que queria. Conta que estes comportamentos deviam-se a querer ter a sua independência, “*queria fazer o que bem me entendesse*”.

Adolescência

Amélia considera esta fase “*bem melhor que a infância*”. Tinha muitos amigos e fazia muito desporto. Conta que, por volta dos catorze anos, tinha uma vizinha, grande amiga e confidente, com quem passava a maior parte do tempo livre. Destes tempos recorda-se de quando começou a sair à noite, às escondidas dos pais. As amizades de Amélia, nesta altura, viam-na como líder – por ser a mais velha e devido ao histórico de reprovações escolares – “*sentia-me bem nesse papel, por ser o centro das atenções*”. Relativamente às relações amorosas, refere que sempre foi muito tímida, “*era muito sossegada... até começar a falar...demorava.*”. Estas características transpõem-se para as relações de amizade, mais com homens do que com mulheres, admitindo a sua timidez e que “*não me consigo soltar até ter confiança numa pessoa.*”.

Começou a trabalhar com dezasseis anos – em lojas e em restaurantes, passando pela agricultura – “*posso dizer que fiz um pouco de tudo e que sei fazer um pouco de tudo!*”. A maior parte do seu salário dava à mãe, para a ajudar economicamente. A sua adolescência foi marcada pela distância do “*primeiro amor, uma paixão louca*”. Foi um namoro intenso, marcado por comportamentos rebeldes – “*No dia em que soube que ia mudar de casa, fugi. [...] Dormimos em vãos de escadas, em carros abandonados, chegámos a passar fome... Só para estarmos os dois juntos.*”. Os seus pais repreendiam-na muito, durante esta fase, mas não se arrepende de nada, pois a sua obstinação e a vontade de ser

independente, de ter liberdade eram o mais importante. A família entretanto mudou-se para Setúbal e devido a estas situações e à distância, a relação terminou.

Em Setúbal, retomou o 6º ano de Escolaridade e estudou em regime nocturno, dos dezasseis aos dezoito anos – pois sentia vergonha em frequentar uma turma do ensino regular, devido à idade. Apesar disto, fez facilmente amizades e começou a ter a independência que tanto queria, mas tinha que seguir as condições que a mãe lhe impunha. Relata que nunca consumiu substâncias psicotrópicas e que bebia álcool raramente porém, desde os 15 anos, fuma tabaco. Na adolescência diz que pouco ou nada falava com os seus pais – *“guardei sempre tudo muito para mim... não contava nada aos meus pais... nem com a minha mãe, era mesmo com a amiga que tinha... a única coisa que eu dizia era quando queria ir sair, mas falar, falar... não falava”*.

No final desse ano houve um episódio que a levou de urgência ao hospital - Amélia pediu para ir festejar a passagem de ano com os amigos, em Lisboa. Os pais consentiram com a ida, mas com uma condição: teria que dizer para onde ia. Ela não concordou – *“Fiz uma fita tremenda!... Eu chorei, esperneeii, gritei de tal forma que a minha mãe me levou ao hospital, a uma consulta de urgência!”*. Encaminharam-na para o serviço de Psicologia do Hospital onde, no dia a seguir, iniciou as consultas. Teve cerca de cinco sessões em que, nas três primeiras, *“abria a boca, só chorava,...”*. O processo foi rapidamente encerrado e o psicólogo disse apenas à mãe que *“a sua filha não tem nada, o que a sua filha tem é um conflito de personalidade.”*. Sobre esta fase, menciona que *“sempre tive tendência para depressões e alterações de humor”*. Hoje reconhece que, na adolescência, também as tinha mas não tão *“fortes”* e que, por isso, não as compreendia – *“Não tinha bem noção, achava que era normal.”*.

Desde os seus dezasseis anos que a mãe a levou a consultas, ao médico de família, no centro de saúde. A mãe queixava-se de rebeldia misturada com *“os comportamentos que tinha de choro, de ficar num canto, a chorar, a espernear”*. Conta que chegou a ser medicada, mas que nunca seguiu nenhum tratamento até ao fim. Por volta dos 17 anos, Amélia concorre à Marinha – era um sonho do seu pai, mas que não foi concretizado, também por ela – não sendo considerada apta, por falta de visão. Mais tarde, tenta concorrer à Academia de Polícia *“mas, com receio de falhar mais uma vez, não o fiz”*.

Tinha 18 anos quando descobriu que o pai estava doente – *“foi devido a uma cirrose hepática, porque ele tinha um cancro no pâncreas”* – assumindo que nunca o vira a beber muito, apenas socialmente. O pai faleceu num espaço de quatro meses e foi sentido como a *“maior perda da minha vida”*. Ainda hoje se choca a relembrar os episódios e os acontecimentos inerentes à doença do pai – *“Um dia antes do meu pai falecer, antes de ser internado, tenho uma imagem horrível dele... o seu fígado rebentou e vomitou sangue... aquelas postas e postas de sangue.”*. Hoje, como forma de o manter

vivo em memória, escreve-lhe cartas, em datas especiais e festivas. Depois deste acontecimento trágico, a sua relação com a mãe alterou-se, ficando ainda mais distantes e isoladas uma da outra. Aos 19 anos, Amélia e a mãe concorreram a um concurso para Auxiliares de Acção Educativa tendo sido colocadas na mesma escola.

Idade Adulta

Aos vinte e um anos, Amélia voltou para Lisboa com a família e conheceu Tiago, o seu futuro marido. Revela que o namoro foi “*normal*” – tinham as suas rotinas, saíam todos os dias e passavam fins-de-semana fora. Além do emprego na escola, ocupa-se com um Curso de Mesa e Bar, alterando as suas rotinas e o seu comportamento face à sua formação - depois de chegar do trabalho e de jantar, sentava-se à secretária e, como em criança, passava vezes sem conta os apontamentos – “*Passava as noites a fazer cópias, a escrever, escrever, escrever e, se uma semana depois, achasse que não estava bem, ia passar tudo de novo*” - como um ritual em que tinha que ter “*as mãos ocupadas*”. Aos vinte e três anos, quando integrou as Novas Oportunidades e, num espaço de seis meses, concluiu o 7º, 8º e 9º ano de Escolaridade, finalizando o curso com boas notas, o mesmo ritual foi aplicado.

Esta “*necessidade de ter as mãos ocupadas*” e de fazer sempre qualquer coisa esteve sempre presente na sua rotina diária. Dá como exemplo o trabalho que exerce na escola, em que está sempre a mexer em papéis ou o emprego que teve, num supermercado, aos vinte e cinco anos, devido a dificuldades financeiras – “*Estava na caixa e, quando olhava para a fila, pensava que me tinha que despachar e acelerava. Sentia-o como um desafio.*”

Por volta dos vinte e três anos, um mês após estarem a viver com Tiago, soube que estava grávida o que, apesar de não ter sido planeado, a deixou feliz e confiante sobre esta nova fase. Aos vinte e três anos, Amélia e Tiago decidiram-se casar – “*Casei-me grávida de seis meses, foi um dia muito feliz!*”. O parto de Matilde foi provocado e só se realizou dois dias após a ruptura da bolsa de água. Relembra que teve baixa médica ao 7º mês de gestação pois a “*bebé tinha deixado de crescer... tinha pouco líquido...*”. Porém, depois de Matilde nascer, sentiu-se “*no sétimo céu, estava tudo muito bem... sem angústia, sem cansaço, sem desespero.*”. A ida de Matilde para o infantário custou-lhe muito – “*foi uma angústia muito grande*” - assim como a passagem para a primeira classe.

Amélia tinha trinta anos e estava grávida do segundo filho, o João. Esta gravidez já planeada foi diferente da primeira, sentindo muito mais dores e tendo baixa médica ao 7º mês de gestação por “*não as aguentar*”. Relembra que, no 5º mês, começou com “*comichão no corpo*” e, após a realização de análises, estas revelaram níveis altos das transaminases do fígado. Os médicos referiram que deveria ser o feto a fazer pressão no fígado, alterando os valores das enzimas.

Lembra-se que a partir daí “começaram os problemas... dores nas pernas, imensas nódoas negras, plaquetas baixas, púrpura”.

Apesar de sentir que sempre teve “tendências para depressões e alterações de humor”, verificou que, após o nascimento do João, “os momentos depressivos foram mais constantes.”. Tinha o filho dois anos quando, além do seu mal-estar físico se manifestou um mal-estar psíquico – “Comecei a ter crises de choro, não sabia porquê... sentia-me depressiva e tinha imensas dores de cabeça... e do que mais me lembro era de ter muito, muito, muito sono...”. Sentia-se muito irritada face a pequenas contrariedades, com pouca paciência, com dores de cabeça, sentindo-se adoecer, “sem sentir que havia um motivo para tal!”.

Amélia refere que Tiago, apesar de amigo, romântico e companheiro, era muito ciumento e controlador – “Desde o início do namoro... ele era ciumento ao ponto de me mexer na carteira, no telemóvel. Controlava-me, fazia-me visitas no local de trabalho... se eu ia à casa de banho, ele ia atrás!”. Admite que sofreu de “controlo psicológico... violência psicológica muito grande... nas discussões chegava-me a chamar nomes” o que a magoava muito, principalmente porque, para Tiago, “no dia a seguir, parecia que não se tinha passado nada... eu dizia-lhe que não podia ser assim, que tínhamos que conversar sobre as coisas e resolvê-las... ele respondia-me sempre ‘não há nada para conversar...’, fazendo-a sentir-se culpada, por vezes, pelas discussões.

Em Fevereiro de 2008, teve a primeira crise de choro incontrolável, depois de um desentendimento com o seu marido. Após deixar o filho na sogra e, ao invés de ir ter com o marido para este a levar ao emprego, seguiu a pé, sozinha, cerca de seis quilómetros até casa – “Estava num estado... não me lembro por onde passei, não me lembro de nada, como cheguei...”. Após este episódio, a mãe levou-a ao hospital e foi reencaminhada para o serviço de psiquiatria.

Depois desta crise de choro, outras vieram.

E, com elas, o corte. Durante cerca de nove meses, Amélia cortou-se sistematicamente até ser internada, em Novembro de 2008, ainda com os antebraços em ferida.

“A primeira vez foi em Março de 2008... e fui internada em Novembro do mesmo ano. [...] Foi... (suspiro) eu na altura estava a cozinhar... Estava a cozinhar e sentia-me assim mal, ansiosa, foi tipo... um acto impulsivo... Nem sei bem como é que fiz... [...] Não me lembro se estava a chorar ou se não estava... foi um impulso... e cortei-me. Tanto que, o primeiro corte que fiz, foi assim (explica que foi no antebraço, um corte vertical), quase que não se nota, foi mesmo ligeiro. [...] Eu acho que foi mesmo a angústia... Eu estar doente, sentir-me doente e não saber o porquê. Uma pessoa chega a um ponto que desespera... Sei lá... Uma angústia tão grande, uma dor tão grande que... olha... a gente... pronto. Na minha ideia, eu cortava-me e a dor que eu sentia aqui (aponta para o braço), não sentia aqui dentro (coloca a mão no peito). ”.

Amélia diz que antes de se cortar estava, normalmente, ansiosa e que, gradualmente, a ansiedade se tornava em alívio, pela dissociação – “*Estava fora de mim... sem sentir nada... [...] depois... depois de o fazer, queria fazer mais e mais. Sentia-me bem. Gostava.*”. Nestes momentos de isolamento, o corte para ela era uma forma de distração, como se o seu braço fosse uma folha de papel onde ela desenhava o que sentia. Contudo, mais tarde, arrependia-se *desse* desenho. A dor não existia. Hoje assume que, caso se cortasse outra vez, também não a sentiria – para ela é uma “*coisa normal. É como um vício. Foi um vício que eu tinha e que deixei.*”.

Cortava-se na parte superior do antebraço (maioritariamente no direito por ser canhota) com facas de cozinha. Na cozinha. Amélia entrava em *ebulição*, como as panelas que geria. Cortou-se uma única vez na perna. Pensou em cortar-se no rosto, mas não o fez. Admite que “*tinha muitas ideias... de fazer nas pernas, na cara... eu fazia muitos filmes na minha cabeça...*”. Recorda que antes de se começar a cortar sonhava com sangue, com muito sangue, e de mais nada se lembra apenas que eram “*pesadelos*”. Quando se cortava pensava nela própria e no alívio que o corte lhe transferia, nunca pensando em se suicidar. Também não era pela atenção, porque escondia. Outras vezes cortava-se, sempre por impulso, após alguma discussão com o marido – “*Tinha alturas em que me cortava pela angústia e tinha outras em que, só depois de me cortar, me apercebia e chorava... [...] Achava que a culpa era dos outros, eu fazia aquilo porque, naquele momento, a culpa tinha sido dele (marido), de ele me ter chateado.*”.

Estes comportamentos foram revelados pela primeira vez à sua médica que lhe prescreveu metadona porque “*ajudava a aliviar... que a automutilação era um vício... disse-me que as pessoas que têm o vício do jogo também tomam essa medicação.*” Amélia pensa que o seu marido já sabia “*porque via*” e os restantes familiares ficaram a sabê-lo rapidamente. Nunca se manifestaram sobre a sua situação, demonstrando, que “*também não sabiam o que haviam de dizer*”. A mãe foi o seu grande “*apoio e confiante... estava sempre a telefonar, a saber se eu queria ir para casa dela*”.

Mais tarde, a sua médica deixou de exercer no hospital e Amélia passou a ser seguida por outra psiquiatra – que manteve até há dois anos. Alterou a medicação e teve a indicação para ser internada, pois os medicamentos orais não faziam efeito. Amélia concordou e esteve internada doze dias, com medicação intravenosa. Só melhorou com a prescrição de Priadel (também lhe foram prescritos medicamentos como Risperidona, Rivotril ou Depakene). Após o internamento, ficou de baixa médica até Fevereiro de 2009, altura em que recomeçou a trabalhar o que a distraiu e motivou. Foi diagnosticada com Perturbação Depressiva Recorrente.

Admite que ainda se cortou algumas vezes, mas que o comportamento cessou após um episódio que a marcou muito – “*Começou (a mãe) a falar com a psiquiatra, ao meu lado... que se sentia muito cansada... em me acompanhar... que também já não estava a ficar bem da cabeça... em desgaste... e eu*

senti-me, na altura, como se ela estivesse a... [silêncio]. Eu pensei - 'Estás aqui, mas não estás de boa vontade... estás como se estivesse a fazer-me um favor!'. Aquilo para mim foi... eu sei que a partir desse momento... eu mudei completamente... pensava - 'isto tem que acabar... não pode ser assim...' [...] Tinha que ser eu a fazer alguma coisa por mim, se não fosse eu a ajudar-me a mim mesma, não ia ser mais ninguém... nem a minha mãe, nem a psiquiatra."

Esta situação foi decisiva, mudando-lhe a forma de ser e estar com ela própria e com o mundo. Reflete que este episódio a fez sentir-se traída, desapegada – *"A partir dessa altura, senti que mudei... comecei a não dar tanta importância às coisas... Senti que, além de eu sofrer, estava a fazer sofrer os outros e parecia que as pessoas estavam ali só por ser obrigação... [Silêncio] ... Desde esse dia senti que mudei... mais fria, não dar tanta importância às coisas... Isolei-me mais... Acho que para mim... agora há certas coisas que, para mim, são indiferentes"*.

Apesar desta indiferença de que fala, diz que foi pelo que sucedeu na consulta que parou de se cortar. Referencia que suspendeu a medicação no final de 2009 devido à sua psiquiatra deixar de dar consultas no hospital e porque, com o seu novo médico, só ter conseguido criar um vínculo fraco que, aliado à vontade de deixar de tomar medicação, a levou, gradualmente, a deixar de comparecer às consultas. Há quase três anos sem ser medicada, Amélia diz que se sente bem e que, apesar de ter *"altos e baixos, como sempre, nunca mais tive aquele desespero..."*.

Expõe que a sua relação com o marido e filhos, as pessoas mais significativas para ela, ficou prejudicada. Relativamente ao marido, conta que ele nunca mais teve comportamentos abusivos, pois *"se calhar ele percebeu que eles eram uma parte do problema... que não me estavam a fazer bem!"*, mas da mesma forma reconhece que *"discutir com o marido seja razão. Porque sei que marido como aquele há poucos"*. Pelos filhos revela um sentimento de mágoa, pois perdeu um ano das suas vidas, verificando-se alguns défices no desenvolvimento do filho mais novo. João não foi amamentado por Amélia, porque o *"leite que tinha não o alimentava... ainda tentei um mês mas ele só perdia peso"*, deixou de usar fraldas só quase aos seis anos e, até hoje, dorme com a chucha.

Sente que tem uma boa relação com eles apesar de ter *"receio, quando estava grávida, era se iria dar aos meus filhos o carinho que gostaria de ter recebido e isso, às vezes, preocupava-me muito... mas é uma coisa que sai naturalmente... brinco com eles, dou-lhes beijos sem qualquer problema"*. Este medo remete à relação que teve com a sua mãe e a relação desta com a sua avó, *"parece que houve uma repetição do que a minha avó foi com a minha mãe e do que ela foi para mim"*, contudo reconhece que a sua mãe, depois da morte do seu pai e do nascimento dos netos, mudou completamente.

Actualmente

A sua rotina passa por, depois do trabalho, ir buscar os filhos à escola, tratar das tarefas domésticas, do jantar e, à noite, relaxar no sofá, junto com o marido. Contudo, mesmo quando está sentada a descansar, admite que não aguenta muito tempo parada. Exemplificando, mesmo na escola *“quando vou lá fora fumar, tenho noção de que estou a fumar depressa só para não estar ali parada.”*. As tarefas domésticas são o seu refúgio, aliviando o stress e a ansiedade. Se antes adorava passear porque, além de *“não conseguir estar parada”* em casa, também se sentia *“abafada”*, hoje, depois de melhorar o seu estado clínico, começou a não tolerar *“as manifestações, os concertos, o movimento das pessoas... todas juntas... isso é que não!”*.

Em retrospectiva, Amélia relata que, por volta dos trinta e três anos, altura em que adoeceu como refere, iniciou uma série de exames por causa do seu mal-estar físico e psicológico. Relembra que os médicos referiram que deveria ser devido à *“depressão que tinha.”*. Hoje, falam em Lúpus pois algumas das análises foram conclusivas para o diagnóstico de Síndrome do Anticorpo Anti-Fosfolipídicos (Síndrome de Hughes) – uma doença crónica, auto-imune - , havendo indicação de que estes anticorpos (anti-fosfolipídicos) podem ser detectados em cerca de 30% dos pacientes com Lúpus.

Continua a fazer exames e espera pelos resultados finais, já que não há ainda consenso médico relativo ao seu diagnóstico. Para ela é *“uma luz ao fundo do túnel... porque tu estás doente e não sabes porquê... é angustiante! Já sabia que tinha qualquer coisa...por isso...Eu não saber aquilo que tenho, é como... pronto, assim ao menos ponho-lhe um rótulo, sei as razões de estar, às vezes, mais em baixo...estou descansada! [...] Afinal tem um nome?”*

A relação com o seu corpo alterou-se depois destes episódios, começando a sentir vergonha das cicatrizes que a deixam pouco à vontade (sentimento que não tinha quanto *“estava doente”*). Pensa em fazer uma tatuagem, com o nome dos filhos ou algo feminino, como uma borboleta. Porém, o que a deixa mais constrangida são as nódoas negras (consequência da Síndrome de Hughes). Distingue os sentimentos, face a estas duas *marcas* - *“Nos braços fui eu fiz e penso ‘podia não ter feito... eu tenho isto porque eu o fiz’... nas pernas não... O que eu sinto!? Sinto que não tenho culpa de ter assim as pernas... uma pessoa sente-se incomodada!”*.

*Todos os dados recolhidos, e aqui descritos,
foram alterados de forma a manter o anonimato dos seus intervenientes.*

VII. RESULTADOS

Para proceder à análise de conteúdo foram criadas sete categorias – *o Materno, o Paterno, Relações Afectivas, as Ruptura a Imagem Corporal, a Idealização do Futuro, os Traços Depressivos e as Características Borderline*. A informação contida na história de vida de Amélia (Anexo III) foi trabalhada pela análise de conteúdo, realizando-se uma tabela correspondente às categorias e associando estas a excertos do seu discurso (Anexo II). Devido à dimensão da tabela, ir-se-á realizar uma breve descrição, assim como uma análise dos sentimentos e características referentes às categorias, reflectidas pelo seu discurso.

Primeira categoria – *Paterno*

Amélia, pelas subcategorias (*Relação e a Características Atribuídas*) demonstra sentimentos afectivos positivos e de protecção, assim como de identificação. Era dele que sentia carinho e amizade, sendo a quem Amélia recorria quando necessitava de “*um sim, como resposta*”. Pode-se inferir que a sua identificação ao pai poderá estar relacionada com a sua benevolência, na medida em que, como pai ausente, compensava Amélia com a sua permissividade. Esta é a “*menina do papá*” que seguiu o seu sonho (i.e., tentar concorrer à marinha) e que não o concretizou, deixando-a desiludida – por ela e por ele. Esta é a “*menina do papá*”, que nunca pressentiu que o “*sentimento de amor nunca foi posto em causa...*” e que, ao perde-lo de vez, de forma definitiva, nunca deixou de evocá-lo, na procura do seu afecto e aconchego, simbolicamente.

Esta é a “*menina do papá*” que, se pudesse não “*mudava nada... mesmo nada*” nele. Sem crítica, e sem o *seu pai ideal*, Amélia cliva todas as suas ausências, assim como todas as (possíveis) falhas sentidas - exemplificando que, a sua perda repentina, devido a uma cirrose hepática, nunca foi assumida pelo consumo – segundo Amélia – social de álcool.

A figura paternal é, por si só, portadora da frustração que, pela sua presença e existência, se impõe. Porém, sugere-se que este pai, outrora ausente - e que hoje o é, por falecimento -, poderá não ter realizado a sua função, justificando a pouca tolerância à frustração de Amélia. Os seus comportamentos – regressivos - de birra e os seus sentimentos de constrição, face a

situações que não controlava ou a eventos angustiantes -, poderão estar relacionados com a maior dependência ao objecto de amor (pai).

Segunda Categoria - *Materno*

É perceptível uma clivagem na caracterização da figura materna, pelos aspectos que lhe foram atribuídos. Esta clivagem é figurada em vários momentos da sua história – desde que era criança até quando fico “doente”. A representação da mãe, enquanto preocupada e presente – “*mãe galinha*” – contrasta com a falta de sentimentos de carinho, não tendo Amélia “*nenhuma recordação do colo da minha mãe ou de um abraço*” pois, sublimado afirma que o “*modo dela é diferente*”. Da mesma forma, esta mãe sentida como fálica – “*era o pilar da casa*” foi também sentida como “*firme, rígida, um pouco controladora e comodista*” ou “*pouco tolerante*”. Segundo Amélia, a relação com a sua mãe alterou-se após o falecimento do pai, já que se afastaram e, mais tarde, com a sua “doença”, em que a mãe foi o seu maior “apoio” e a sua “maior confidente”, demonstrando-se preocupada com o seu quadro clínico. Porém, esta mãe que proporcionou segurança foi a mesma que, mais tarde, desencadeou, de novo, sentimentos negativos e de desamparo (i.e. aquando da sua presença no consultório da psiquiatra). Esta ambivalência é transversal à sua relação que, se queria segura, por ser inata e essencial. Ao ter sido afectada, poderá ter promovido movimentos de recusa, de fuga, ambivalência e desentendimento, face a apelos e respostas, ou seja, prejudicando a base do crescimento afectivo e racional.

Terceira categoria – *Relações Afectivas*

Consideraram-se a sua relação, como as características atribuídas, com a) o *marido*, b) os *filhos* e com c) os *irmãos*.

Para Amélia, o seu marido e os seus filhos são a sua família, identificando-os como as pessoas mais significativas da sua vida. Com o marido, relata ter tido um namoro normal e que o seu casamento foi “*um dia muito feliz*”, estando Amélia grávida de seis meses, do seu primeiro filho. Porém, menciona situações e episódios de violência e pressão psicológica, associando-os ao desenvolvimento, assim como à cessão dos episódios de autolesão - “*Eu acho que ele sabe que eu, em parte, adoeci também um pouco devido a isso... foi uma ajuda para eu ter ficado doente... e notei que depois disso ele acalmou, melhorou... controla muito mais os ciúmes*”. De forma consciente ou não, infere-se que Amélia conseguiu controlar o comportamento do marido, pela sua conduta autolesiva. Apesar dos comportamentos mais agressivos do seu marido terem sido supridos, ainda hoje Amélia se confronta com sentimentos de culpa e de angústia, aquando de uma discussão ou de uma troca de ideias com ele. Sugere-se uma relação clivada em que, se por um lado, há um reconhecimento

do amor e companheirismo por outro, ainda não existe um espaço para a diferença e para a autonomia.

Novamente, em relação aos seus filhos existem sentimentos de culpa e de tristeza devido às consequências do seu quadro clínico – *“foi um ano que perdi da vida deles, da educação deles... [...] foi um ano importante que eu perdi... era bom que não tivesse sido assim...”*. Este sentimento contrasta com outro, de felicidade - para Amélia, as gravidezes foram as épocas mais felizes de sua vida, em que sentiu uma felicidade plena, *“sem angústia, sem cansaço, sem desespero”*. Apesar das complicações clínicas inerentes às duas gravidezes, foi na segunda (na do João) que *“começaram os problemas – dores nas pernas, imensas nódoas negras, plaquetas baixas, púrpura”* e que, devido a isso, a sua relação com os filhos ficou comprometida, assim como o desenvolvimento psicomotor do filho mais novo. Refere o João como o seu *“companheiro”* e a Matilde como tendo *“personalidade muito forte, é muito dura... quando eu ralho, ela não chora, fica ali... firme, ouve... mas não deita uma lágrima!”*, admitindo que se revê em algumas características da sua filha, nomeadamente na timidez. Contudo, com esta identificação Amélia não se reconheceu enquanto a criança chorosa e impulsiva que outrora fora. Em relação ao João, parece existir uma superprotecção, possivelmente devido aos sentimentos de culpabilidade, por ter estado ausente numa fase tão determinante da sua infância. Com Matilde, por ser mais velha, a sua relação assumiu outras particularidades, como uma possível projecção do que Amélia sentia que era, enquanto criança, mas que poderá não o ter sido.

Quarta categoria – *Roturas*

Esta categoria divide-se em duas categorias – *Académicas/Profissionais* e de *Contextos*. Na primeira subcategoria, Amélia descreve as suas reprovações e os seus insucessos escolares com sentimentos de arrependimento e justifica-as com pelo seu absentismo. Admite não ter tido a motivação e a confiança necessária para ultrapassar alguns dos eventos submetidos. Relativamente ao que os pais lhe diziam, Amélia apenas relatou que eles a advertiam, sugerindo que nunca impuseram limites, sendo sempre mais permissivos. Numa tentativa de reparação narcísica relata que quando queria ter bom aproveitamento conseguia, pois *“na escola não era estúpida nenhuma... eu, se metesse uma coisa na cabeça, conseguia!”*.

Relativamente à segunda subcategoria – *contextos* – estão subentendidas as questões financeiras, que levavam à mudança de residência da família, de uma cidade para outra. Implícitos nesta categoria encontram-se sentimentos de separação – do antigo namorado, dos amigos, da escola – e da mesma forma, sentimentos de adaptação às novas rotinas. Podem-se inferir, então, alguns sentimentos negativos, lembrando que mudanças contextuais podem produzir

sentimentos de insegurança e de instabilidade que, associadas a outros eventos stressantes e aversivos, poderão ter criado inconstâncias relacionais.

Quinta categoria – *Imagem Corporal*

Esta categoria está dividida em três subcategorias – a *percepção*, a *sexualidade* e a *relação com o corpo*. Na primeira subcategoria, verifica-se que Amélia parece aceitar o seu corpo tal como ele é, “*Gosto de ser como sou*”. Esta resposta, pouco idealizada, poderá remeter para a necessidade de um investimento narcísico. Os sentimentos negativos são só evocados relativamente à fase da puberdade. Na subcategoria *sexualidade*, Amélia demonstra uma atitude positiva, apesar de passiva, face ao encontro com o seu marido, nomeadamente na procura de relações sexuais – referindo que não é por não ter desejo por ele, mas sim porque se “*tornou um hábito... mas não é por mal... é mesmo uma rotina que criamos... é de mim... não sou uma pessoa de procurar...*”. Esta passividade poderá remeter à clivagem do ego, em que por um lado há uma tentativa de adaptação mas, por outro, parece existir uma sexualidade obstruída, não sendo vivenciada genuinamente – podendo remeter para uma falha no desenvolvimento da genitalidade.

Na última subcategoria – *Relação com o corpo* – Amélia relembra que sempre gostou do corpo que tinha, e que a “*a única coisa que nunca gostei foram as borbulhas... e o cabelo curto*”, lembrando que a sua mãe lhe cortava o cabelo, curto como o de um rapaz. Ou seja, devido a esta ferida narcísica, Amélia procura repará-la, pelo seu investimento. Hoje, admite que sente vergonha dos seus braços, devido às cicatrizes dos cortes que fez, sendo um sentimento recente, pois quando “*estava doente não sentia*”. Igualmente, sentimentos negativos e de vergonha, também se associam às nódoas negras nas pernas, sentindo-se mais incomodada com estas do que com as cicatrizes, pois para ela, não se sente culpada de as ter. Esta projecção é realizada por Amélia sentir que as mesmas são consequência da doença crónica diagnosticada recentemente - Síndrome de Hughes.

Sexta categoria – *Idealização do Futuro*

Esta categoria é decomposta em cinco subcategorias – *Si Idealizado*, *Vida Ideal*, *Casa Ideal*, *Vida Profissional Ideal* e *Relação Amorosa Ideal*.

Na subcategoria *Si Idealizado*, Amélia inicialmente diz que gosta de ser como é, porém inibe-se - “*sei lá...*” – no seu discurso. Amélia reflecte que gostaria de ter mais coragem para dizer aquilo que quer e o que pensa, já se controla para não o fazer, como medo de se magoar a si mesma. Ao expressar-se sobre esta temática, inibe-se outra vez, e mais uma vez o controlo assume o seu discurso - *mas isto são coisas que eu não penso muito... sei lá... Eu gosto de ser como sou a*

nível psicológico” - evocando um *eu fragilizado*, pela idealização de *gostar de ser como é*. Mais uma vez, cliva o ego, de forma a investir-se narcisicamente, na tentativa de colmatar a sua ferida narcísica. Também na subcategoria *Vida Ideal*, o discurso de Amélia é prudente e racional – “*aquela que eu tenho é a vida ideal... eu estou feliz com a vida que tenho... mas não me importava de ter mais um ou dois filhos*”. Esta racionalização associa-se à degenegação, já que Amélia continua a defender-se dos sentimentos e pensamentos até então recalcados, negando-os, e assumindo que “*Nunca pensei muito nessas coisas...em casar, ter filhos...*”, contrariando o que disse inicialmente - “*nasci para ser mãe*”. Além de nova clivagem do ego, Amélia ao dizer que gostaria de ter mais filhos, poderá sugerir uma procura de afecto. Igualmente parece verificar-se que Amélia sente-se “*abafada*”, demonstrando a sua necessidade de querer “respirar” no meio de tanto controlo.

Na subcategoria *Casa Ideal*, Amélia demonstra a necessidade de investimento nela própria, na medida em que, ao falar da sua casa real, que sofreu obras, reforça que “*só este ano as consegui fazer*” ou que “*foi algo com que sempre sonhei e este ano consegui fazer*”, ou que “*fico satisfeita com isso*”. Além deste investimento, Amélia identifica-se nos “sonhos dos outros”, face a suposta idealização da casa ideal, como “*acho que toda a gente sonha com isso. Mas não tenho assim sonhos muitos altos...!*”. Mais uma vez, na subcategoria *Relação Amorosa Ideal* Amélia reforça o quanto é feliz no seu casamento e com o seus filhos, porém admite que sempre foi importante a sua independência (algo que perdeu com o seu casamento) e que, possivelmente, a falta dela a “sufocou” e, portanto, hoje a idealiza – “*eu tava habituada a fazer tudo o que me apetecia... sair quando me apetecia... depois de casar as coisas mudaram... senti... foi difícil, foi muito difícil para mim... adaptar-me*”. Esta necessidade de independência, presente em vários momentos do discurso, poderá caracterizar a sua percepção que depende do outro, opondo-se ao seu ideal de *eu*. Ao acreditar na sua independência, que implica a perda do objecto de amor, o conflito e a angústia permanecem e, na sua impossibilidade de os solucionar, a ansiedade desenvolve-se, reforçando o sentimento de desvalorização pessoal.

Sétima categoria – *Traços Depressivos*

Esta categoria repartiu-se em *Necessidade de Aprovação*, *Desprendimento*, *Sentimentos de Tristeza*, *Isolamento* e *Sentimentos de Culpa*.

Pelo discurso de Amélia, verifica-se que a *Necessidade de Aprovação* é manifesta face ao que a rodeia, nomeadamente no que Amélia sabe que controla – o trabalho (“*O trabalho que eu faço... eu sei que é elogiado... e uma pessoa gosta de receber esses elogios*”). Esta aprovação, sentida afectivamente, proporciona um reparo narcísico. Relativamente ao *Desprendimento*, Amélia expõe que antes de “*ficar doente*”, dava muita importância a tudo e a todos, sendo bastante emotiva e preocupada.

Contudo, hoje prevalecem sentimentos de indiferença e de letargia, sugerindo-se estes como uma forma de protecção, ante um novo desamparo – “*Antes chorava e chorava.... agora é mais Fala para aí... quero lá saber... podes falar à vontade! [...] Hoje deixo-os fazer, deixo-os desarrumar... só para não ter que me chatear ou os aborrecer*”. Na subcategoria *Sentimentos de Tristeza*, Amélia transmite sentimentos negativos, de tristeza e angústia iniciados na adolescência porém, mais fortes quando piorou o seu quadro clínico – “*Foi mesmo o meu limite... um cansaço... eu, às vezes, até digo... eu acho que estive doente por causa de um esgotamento...*”, demonstrando ainda uma tendência à repetição na medida em que “*quando sofro com alguma coisa... com coisas idênticas... não sinto nada... não consigo sentir nada de novo*”. Na subcategoria seguinte – *Isolamento* – predominam sentimentos de desespero, tristeza, e de indiferença – “*Desde esse dia senti que mudei... mais fria, não dar tanta importância às coisas... Isolei-me mais... Acho que para mim... agora há certas coisas que, para mim, são indiferentes*” ou “*Guardei sempre tudo muito para mim... não contava nada aos meus pais...*”. Este isolamento parece surgir devido às dificuldades de estabelecer um vínculo afectivo com os outros. Ao não existir uma predisposição para a criação destes, sugere-se um défice na comunicação intrapessoal. Face a situações aversivas, Amélia isolava-se – “*Metia-me no canto do quarto, sentada com a cabeça entre os joelhos, e chorava, chorava, chorava [...] era um grande sofrimento*”. Por fim, na última subcategoria – *Sentimentos de Culpa* – impera a culpabilidade de Amélia face à sua situação clínica e aos acontecimentos inerentes à mesma. Esta é, por vezes, projectada nos outros, sendo notória no seu discurso – “*Achava que a culpa era dos outros, eu fazia aquilo porque naquele momento a culpa tinha sido dele (marido), de ele me ter chateado*” ou “*Nunca fiz mal a ninguém... foi só comigo, só comigo*”. Reconhece-se, por clivagem, no seu discurso, sentimentos de arrependimento relativamente aos seus filhos – “*Fico triste... foi um ano que perdi da vida deles, da educação deles [...]. Foi um ano importante que eu perdi... era bom que não tivesse sido assim...*”. De forma geral, esta categoria apoia-se em contextos desconfortáveis, de ansiedade, de controlo, de letargia e de isolamento face a si própria e ao que a rodeia.

Oitava categoria – *Características Borderline*

Admite-se onze categorias – *Angústia de Separação, Comportamentos Autodestrutivos, Procura do Afecto, Angústias claustro e agorafóbicas, Regras, Exigência e Perfeccionismo, Controlo do Objecto, Instabilidade Emocional, Dissociação e Impulsividade*.

Na subcategoria *Angústia de Separação* Amélia recorda da ida da sua filha para o infantário – “*Custou-me muito... estava-me a separar... foi uma angústia muito grande...*”, coincidindo esta última fase com o nascimento do segundo filho – antes, como um só; depois, como individuais. Esta perda objectal, poderá ter sido sentida como uma perda de si própria.

Na subcategoria *Comportamentos Autodestrutivos* são notórios os comportamentos de violência autodirigida, ou seja, de autolesão, associados a sentimentos de tristeza, desespero, arrependimento, impulsividade e, de possível chamada de atenção. – “*Estava a cozinhar e sentia-me assim mal, ansiosa, foi tipo um acto impulsivo... Nem sei bem como é que fiz... [...] Não me lembro se estava a chorar ou se não estava... foi um impulso... e cortei-me...*”. A autolesão poderá ser compreendida como uma forma de se delimitar, enquanto diferente do outro - estabelecendo o limite entre o *eu* e o outro, possibilitando uma reestruturação do indivíduo, além da libertação e de remissão da angústia.

Também comum à subcategoria *Procura de Afecto*, a autolesão poderá ser uma forma de sinalização social. Enquanto criança, Amélia procurava afecto pelos comportamentos desajustados e pelas birras – “*Eu chorei, espermei, gritei de tal forma que a minha mãe me levou ao hospital a uma consulta de urgência*”. Quando se cortava, pode-se inferir que Amélia também procurava atenção, mesmo que como consequência, foi notória a preocupação do seu marido e da sua mãe. Hoje, a procura de afecto revela-se, regressiva, pela escrita de cartas, “*na esperança que ele (pai) nos ouça*”, ou pelo toque, também ele anaclítico, em superfícies quentes e macias.

As *Angústias claustro e agorafóbicas* foram descritas após a piora do estado clínico de Amélia – “*muitas coisas que mudaram depois da doença e uma delas é o movimento, já não o suporto tão bem*”, já que, para ela andar na rua e “*estar na multidão*” era uma possível forma de distração. Hoje não tolera “*as manifestações, os concertos, o movimento das pessoas... todas juntas*”, causando-lhe sensações de angústia e de pânico – “*Sentia-me sufocada, parecia que não podia respirar...mesmo aquela sensação de pânico*”. Estas angústias também são verificadas no seu relacionamento matrimonial, e sentidas como abandonónicas, pois aquando da proximidade, há sempre um movimento de fuga, de forma a suportar a angústia claustrofóbica.

Para Amélia, as *Regras* estiveram sempre presentes na sua vida e, a sua resposta sempre foi negativa, sugerindo, mais uma vez, a baixa tolerância à frustração, bem como uma dificuldade de se comprometer, aquando do cumprimento das regras, reagindo com comportamentos desajustados. Ainda hoje, a baixa tolerância à frustração é notória – “*Qualquer contrariedade ou qualquer conflito [...] tornava-se numa grande angústia*” ou “*quando eu tenho a minha opinião e ele tem a dele... custa-me quando a minha não prevalece!*”.

Também, no seu discurso, sobressaíram as questões de *Exigência e Perfeccionismo* – “*Quero ser sempre perfeita...[...]*” ou “*Acho que, naquilo que faço, ninguém faz melhor que eu*”. Associada a esta subcategoria, também o *Controlo do Objecto* é patente – além de querer que a sua opinião se mantenha sempre, assume comportamentos obsessivos quando estudava - “*passava duas, três, quatro vezes, as vezes que fossem necessárias, [...] passava tudo, tudo, tudo... sei lá, dava-me prazer... é a tal*

coisa... ter as mãos ocupadas". A *"necessidade de ter as mãos ocupadas"* caracteriza esta necessidade de controlo tanto das actividades que realiza, assim como das situações que quer dominar e onde, implicitamente, coexiste uma ansiedade, preocupação, e uma necessidade de se sentir independente (*"mas nunca senti que precisei de ajuda!"*), mas não o sendo. Na subcategoria *Instabilidade Emocional* prevalecem os sentimentos de tristeza, de angústia e labilidade emocional – consistentes a toda a sua história de vida– *"Tenho os meus altos e baixos, como sempre"*. Na subcategoria de *Dissociação*, associam-se os episódios autolesivos, onde Amélia *"estava fora de mim... sem sentir nada..."*, e as situações coligadas a estes. Amélia também referiu que estas sensações, de estar *"num mundo à parte, como se nada estivesse à minha volta, fico imóvel e estática, o meu olhar parece longe e que essa sensação é como um alívio, para o stress e ansiedade"*, reactivam-se quando toca com os dedos/mão num lençol, ou numa almofada. Por fim, na subcategoria *Impulsividade*, Amélia refere que *"reage muito por impulsos"*, apesar do discurso contraditório e clivado, ao dizer que gostaria de agir mais por estes. Agrupam-se a esta subcategoria os eventos autolesivos, em que Amélia menciona o impulso, aos sentimentos de tristeza e ao consequente, arrependimento – *"Senti uma coisa cá dentro... levantei-me, fui direita à casa de banho, agarrei na Gillette e cortei o braço todo... cortei-me toda e, só depois, caí em mim... chorei, chorei, chorei..."*.

I. DISCUSSÃO

A pele é o maior órgão do corpo humano, sendo por ela que se responde ao meio envolvente, possibilitando a homeostasia, entre o interno e o externo e, iniciando o delineamento das (nossas) fronteiras (Bárcia, & Sá, 2007). Desde o nascimento que o bebé reconhece e explora o mundo pelo toque e é por este acto que se proporciona o conforto e a auto-estima no desenvolvimento emocional e intelectual do bebé, despertando a criação de um vínculo forte entre este e os seus pais (op. cit.).

A mãe é, segundo Sá (2009), “um objecto total de relação” (p.83) e, de forma genérica, compreende-se a construção do objecto, interno e total, como uma importante etapa do

desenvolvimento psíquico. Matos (1979a) caracteriza este objecto como tendo uma continuidade afectiva, sendo o objecto de afecto do sujeito – apesar de algumas características negativas, este objecto mantém uma constância temporal e espacial das características positivas, o que lhe confere estabilidade e significância. A forma do sujeito se relacionar com o mundo, de forma independente e individual, relaciona-se com a constituição deste objecto interno total, assim como com a estruturação de um Eu coerente, com os seus limites bem definidos, com estima por si próprio, assim como com segurança ou seja, um *self* livre de feridas narcísicas.

Desde as primeiras relações que a construção objectal é lenta e progressiva, sendo a congruência e a qualidade do investimento, que a mãe faz no filho e a quantidade de projecção agressiva que a criança faz na mãe, imprescindíveis para tal (op. cit.) e o contacto físico e emocional, na díade mãe-filho, nos primeiros instantes de harmonia, ir-se-á repetir na preparação da relação primária - promovendo os alicerces para uma experiência bondosa, compreensível e exequível ou, no caso de falhar ou carecer, no relacionamento difícil e conflitual – potenciando uma *ferida* ou um *vazio*, que sustentam uma propensão à exigência e à depressão (Matos, 1979b).

Este contacto, que se quer seguro, por ser inato e essencial, quando afectado promove movimentos de recusa, de fuga, de episódios de ruptura relacional, ambivalência, desentendimento, face a apelos e respostas, ou seja, prejudica a base do crescimento afectivo e racional. É pelo contacto que se alimenta emocionalmente a criança, como a estimula socialmente e, da mesma forma, potencia as capacidades de afecto, de amor e de adaptação *daquela* mãe *àquele* filho, intensificando a sua sensibilidade e discriminação relativamente aos apelos do bebé e, conseqüentemente, a sua melhor apropriação da função materna (op. cit.). É também, por esta relação, que moldam, por um lado, a necessidade e o desejo de domínio, comum a todos os indivíduos; controlo e manipulação do objecto (i.e. pessoa) de afecto e, por outro, a autonomia e a independência, assim como a segurança em si próprio. Assim, a capacidade da função materna estrutura o processo de desenvolvimento mental do bebé (Matos, 1978).

O toque é, para Matos (1983), uma das formas de comunicação e permutação da relação primária em que a criança, quando é investida pela mãe, compreende o seu corpo e a sua vida psíquica envolvidos em afecto, conforto e num sentimento de plenitude e tranquilidade – apreendendo a amar, considerando-se a si mesma (Matos, 1978). Porém, nesta relação, ao se criarem laços fortes e dependentes, poderão tornar a criança desprotegida às atitudes menos adequadas da mãe (Matos, 1990). Segundo o mesmo autor, esta relação com a mãe, que irá delimitar o desenvolvimento da personalidade e o estilo de relação (i.e. relação objectal) poderá ser perturbada – pelas carências e/ou défices inabituais da criança, ou pelas falhas, excessos ou

dificuldades de inadequações da resposta materna, ou mesmo pela dissonância entre estes dois sistemas, que se manifestam desajustados funcionalmente.

Amélia relembra que -

“Não tenho nenhuma recordação do colo da minha mãe ou de um abraço...”, e que era uma pessoa *“firme, rígida, um pouco controladora e comodista”,* mas sempre preocupada, quase *“mãe galinha”*. É através da pele, no contacto com o outro, que se apre(e)nde o afecto. O bebé apercebe-se do seu corpo, através do toque, através da relação – do próprio ou da sua mãe, ou cuidador. É pelo toque que o bebé se vai diferenciando dos outros e se estabelecendo enquanto ser único e singular. Sugere-se que Amélia teve uma carência ou uma falha afectiva, conduzindo a um sentimento depressivo de falta. A indiferença, por parte do objecto (mãe), conduziu ao bloqueio afectivo e à atitude agressiva; a possessão, pela falta de consideração, poderá ter levado à aniquilação dos seus desejos e, a falta de valorização, poderá ter provocado uma deterioração da auto-imagem.

“Não tem comparação, é diferente... Não tenho recordação do abraço, do colo da minha mãe... [...] o meu receio, quando estava grávida, era se iria dar aos meus filhos o carinho que gostaria de ter recebido e isso, às vezes, preocupava-me muito...”

“Nós nunca fomos habituados, nunca fez parte da nossa família aqueles abraços e beijinhos. Gostamos muito uns dos outros mas nunca o demonstrávamos dessa forma. Não era hábito fazer isso

A completar

II. CONCLUSÃO

Limitações do estudo

O presente estudo apresenta algumas limitações que não deverão passar despercebidas, sendo que tidas em conjunto, estas limitações adverte para uma interpretação prudente dos dados recolhidos.

O facto de a amostra ser constituída apenas por um sujeito limita os nossos resultados, sendo que não pudemos fazer uma comparação com outros sujeitos.

Uma outra restrição do nosso estudo é referente ao instrumento utilizado, pois o método da entrevista leva à subjetividade dos sujeitos. Podemos evidenciar as limitações provenientes de uma entrevista, segundo Lakatos e Marconi (2003) que enumeram que existe dificuldade de expressão e comunicação por parte do entrevistado e do entrevistador; possibilidade do entrevistado ser influenciado pelo entrevistador, retenção por parte do entrevistado em alguns dados importantes e ocupa muito tempo.

Podemos assim, apresentar como outra limitação deste estudo o facto de não haver medidas quantitativas e mais objetivas.

O tipo de cultura, em que o sujeito está inserido, pode influenciar o aparecimento da anorexia.

Futuras investigações

Sendo a investigação uma área que se encontra em constante evolução e atualização, este estudo, para além de trazer valor acrescentado à temática da anorexia, serve de base a futuras investigações. Neste sentido, devem-se colmatar as limitações referidas anteriormente, aprofundar alguns dos resultados e estudar outros.

Uma das primeiras sugestões é referente ao tamanho da amostra, sendo que o facto de estudarmos este tema numa amostra mais alargada permite fazer uma comparação de resultados entre sujeitos e a forma como diferentes sujeitos reagem aos mesmos estímulos e questões. Ainda no que concerne à amostra sugerimos que seja realizado um estudo em que as variáveis estudadas sejam comparadas em dois grupos de sujeitos, os de sexo feminino e os do sexo masculino e sujeitos de diferentes culturas.

Em relação aos instrumentos, deviam ser também incluídas medidas de autoavaliação para as variáveis em estudo, sendo que seria útil a obtenção de dados quantitativos para sustentar os dados qualitativos. Poderia também ser aplicado o Teste de Aperceção Temática (TAT), que nos daria acesso ao fator relacional, sobretudo à relação que o indivíduo tem com os outros ao nível do inconsciente.

Realização de entrevistas com os pais do sujeito, com o objetivo de perceber o que poderia ter causado esta patologia.

Implicações teóricas

No que concerne às implicações teóricas, considero que este estudo revela uma grande pertinência para a área de estudo da Psicologia Clínica, especificamente para a psicologia do desenvolvimento.

Este trabalho terá como principal mérito o facto de estudar a figura paterna em sujeitos anoréticos, colmatando assim algumas necessidades verificadas em relação a esta variável em estudos anteriores, visto a literatura maioritariamente incidir sobre casos de anorexia em relação à figura materna.

Implicações práticas

Possibilidade de verificar a própria postura do sujeito e a forma como ele reage às diversas perguntas da entrevista, permitindo assim uma observação direta de comportamentos e expressos, mas também possibilitando examinar factos ou fenómenos que foram estudados (Lakatos & Marconi, 2003).

Tem como mais-valia para a sociedade e para outras anoréticas, a possibilidade de verificarem quais os fatores que contribuem para a doença e compreenderem melhor a sua descrição.

III. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2000/2002). DSM-IV-TR: *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª ed.)*. Lisboa: Climepsi Editores.

Almeida, C.M, & Horta, P. (2010). Auto-lesão, auto-mutilação e auto-agressão. A mesma definição? *Espaço Aberto, News nº16*. Consultado em 17 de Setembro de 2012, através de <http://news.fm.ul.pt/Content.aspx?tabid=65&mid=420&cid=1139>

Almeida, S.S. L. (2010) Automutilação e corpo na psicose. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 2, 3, 1-6

Arcoverde, R. L., & Castro, L. S. L. (2011). Funções Neuropsicológicas Associadas a Condutas Autolesivas: Revisão Integrativa de Literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25 (2), 293-300.

Barbedo, X, & Matos, M. G. (2009). Fazer mal a si-próprio. In: Sampaio, D., & Matos, M. G. (Coord.), *Jovens com Saúde: diálogo com uma geração* (pp. XX-XX). Lisboa: Texto Editores.

Bardin, L. (2006). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70

Bispo, R. & Maroco, J. (2005). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.

Chan, J., Draper, B., & Banerjee, S. (2007). Deliberate self-harm in older adults: a review of the literature from 1995 to 2004. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 720-732

Costa, A. (2003). *Tatuagens e Marcas Corporais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Coutinho, C., & Chaves, J. (2002). O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação*, 15(1), pp. 221-244

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2012). Automutilação. Consultado em 20 de outubro de 2012, através de <http://www.priberam.pt/dlpo/default.aspx?pal=automutila%C3%A7%C3%A3o>

Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2012). Mutilar. Consultado em 20 de outubro de 2012, através de <http://www.priberam.pt/dlpo/dlpo.aspx?pal=mutilar>

Douce., C., Gaspard, J.L., Silva Jr., N., & Carvalho, S. M. (2008). Estudo das marcas corporais na modernidade: sustentar a causa do sujeito. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology Online*, 5, 2, 143-152

Favazza, A. (2007). Review of treating self-injury: a practical guide. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 2, 187-188

Favazza, A.R. (2009). Cultural Understanding of Nonsuicidal Self-Injury. In: Nock, Matthew K. (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 19-35). Washington DC, US: American Psychological Association.

Favazza, A. R. (2011). *Bodies under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry* (3th ed.). Baltimore: JHU Press

Freud, S. (1920). Além do Princípio do Prazer. In S. Freud., *Além do Princípio do Prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos* (pp-13-75). Rio de Janeiro: Imago, 1969.

Fleming, M. (2006). Ansiedade, Luto e Dor Mental: Revisando o pensamento de Freud. In P. Luzes., M. F. Costa, & Diniz, J. S. (Orgs.), *Sigmund Freud: 150 anos depois* (pp. 165-183). Lisboa: Fenda.

Freud, S. (1926). *Inibição, Sintoma e Angústia*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1966, pp. 107-198.

Freud, S. (1930). *O mal-estar na Cultura*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol. XXI, pp. 81-178. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

Freud, S. (1933). *Angústia e vida pulsional*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1980, pp. 103-128

Gomez, G. R., Flores, J., & Jimenez, E., (1996). *Metodologia de la Investigación Cualitativa*, Malaga: Ediciones Aljibe, pp. 378

Hall, B., & Place, M. (2010). Cutting to cope – a modern adolescent phenomenon. *Child: Care, Health and development*, 36,5, 623-629

Hicks, K. M., & Hinck, S. M. (2007). Concept analysis of self-mutilation. *Journal of Advanced Nursing*, 64,4, 408-413

Kerr, P. L., & Muehlenkamp, J. (2010). Features of Psychopathology in Self-Injuring Female College Students. *Journal of Mental Health Counseling*, 32, 4, 290-308

Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-Injury: A Research Review for the Practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 11, 1045-1056

Klonsky, E. D., Weinberg, A. (2009). Assessment of Nonsuicidal Self-Injury. In: **Nock**, Matthew K. (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp.183-199). Washington DC, US: American Psychological Association.

Laender, N. R, (2012). A construção do sujeito contemporâneo. *Cogito*, 6, 81-83. Consultado em 14 de setembro de 2012 através de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-94792004000100019&lng=pt&nrm=iso>

Laplanche, J. (1972). Problemáticas I. A angústia. Trad. de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes.

Louzada, A. (2007). Resenha de "Sobre as manipulações irreversíveis do corpo e outros textos psicanalíticos" de Mieli, Paola. *Psyché*, XI, 20, 195-197

Macedo, M.M., Gobbi, A., & Waschburger, E. (2004). O Corpo na Adolescência: território de enlases e desenlases. In Macedo, M. M. (Org.), Gobbi, A., Becker, A., Azevedo, B., Werlang, B., Falcão, C., Waschburger, E., Castan, J., Fensterseifer, L., & Poli, M., *Adolescência e Psicanálise - Interseções Possíveis*. (pp- 85-111). Porto Alegre: Edipucrs

Mangnall, J., & Yurkovich, E. (2008). A Literature Review of Deliberate Self-Harm. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44, 3, 175-184

Matos, A. C. (1977). Compulsão à repetição. In R. Coelho (Coord.), *António Coimbra de Matos: Escritos – artigos publicados em diversas revistas* (pp-125-128). Porto: Bial, 2003

Matos, M. G., & Equipa do Projecto Aventura Social e Saúde. *A saúde dos adolescentes Portugueses*. Relatório do Estudo HBSC 2010. Lisboa: FMH, 2010

Medina, M. (2011). Physical and Psychic Imprisonment and the Curative Function of Self-Cutting. *Psychoanalytic Psychology*, 28, 1, 2-12

- Mendes, E. D., & Próchno, C. C. (2004). Corpo e Novas Formas de subjectividade. *Psyché*, 8, 14, 147-156
- Menninger, K. A. (1935). A Psychoanalytic Study of the Significance of Self-Mutilations. *Psychoanalytic Quarterly*, 4, 408-466
- Merriam, S. (1998). *Qualitative Research and Case Studies Applications in Education: Revised and Expanded from Case Study Research in Education*, San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- Nock, M. K. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239
- Nock, M. K. (2009). Why Do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18,2, 78-83, Harvard Publishing
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 15:1 - 15:25
- Nock, M. K., & Cha, C. B. (2009). Psychological Models of Nonsuicidal Self-Injury. In: **Nock**, Matthew K. (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp.65-77). Washington DC, US: American Psychological Association
- Nock**, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal Self-Injury: Definition and Classification. In: **Nock**, Matthew K. (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp.9-18). Washington DC, US: American Psychological Association.
- Nock, M. K., Prinstein, M., & Sterba, S. (2010). Revealing the Form and Function of Self-Injurious Thoughts and Behaviors: A Real-Time Ecological Assessment Study Among Adolescents and Young Adults. *Psychology of Violence*, 1(S), 36- 52
- Prinstein, M. J., Guerry, J. D., Browne, C.B, & Rancourt, D. (2009). Interpersonal Models of Nonsuicidal Self-Injury. In: **Nock**, Matthew K. (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp.79- 98). Washington DC, US: American Psychological Association.

Strong, M. (1998). *A Bright Red Scream: self-mutilation and the language of pain*. London: Penguin Books

Selby, E. A., Bender, T. W., Gordon, K. H., Nock, M. K. , & Joiner, T. E. (2011). Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Disorder: A Preliminary Study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3, 2, 167-175

Silva, C. R., Gobbi, B. C., & Simões, A. A. (2005). O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organizações Rurais & Agroindustriais*, 7, 1, 70-81

Rodham, K., & Hawton, K. (2009). Epidemiology and Phenomenology of Nonsuicidal Self-Injury . IN: **Nock**, Matthew K. (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp.37-62). Washington DC, US: American Psychological Association.

Turner, V. J. (2002). *Secret Scars: Uncovering and Understanding the Addiction of Self-Injury*. Minnesota: Hazelden Publishing

Vieira, C.M. (1999). A credibilidade da investigação científica de natureza qualitativa: questões relativas á sua fidelidade e credibilidade, *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XXXIII, 2, pp. 89-11

Wedig, M., & Nock, M. K. (2010). The functional assessment of maladaptive behaviors: A preliminary evaluation of binge eating and purging among women. *Psychiatry Research*, 178, 518-524

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso. Planejamento e Métodos (2ª ed)*. Porto Alegre: Bookman.

Zizek, S. (2003). *Bem-Vindo ao deserto do Real: cinco ensaios sobre o 11 de setembro e datas relacionadas*. Tradução Paulo Cezar Castanheira. São Paulo: Boitempo Editorial.

IV. ANEXOS

Anexo I – Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado



Eu, Carolina Nunes Leal de Oliveira Borges, solicito a sua participação no estudo “A Automutilação numa História de Vida: Estudo de Caso” (título provisório), no âmbito da Tese de Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário (ISPA-IU). O presente estudo tem como objectivo a análise clínica do comportamento – automutilação - pela exploração e a compreensão da sua história de vida.

Participante

- Tomei conhecimento que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, me foram prestadas todas as informações relativas ao objectivo e aos procedimentos do estudo e que tenho o direito de colocar agora, ou durante o desenvolvimento do mesmo, qualquer questão acerca deste;
- Fui informada que tenho o direito de recusar, em qualquer altura, a minha participação neste estudo, sem qualquer prejuízo;
- Fui informada de que a minha participação é voluntária e que não haverá remuneração pela mesma;
- Fui informada que as entrevistas serão gravadas em áudio e permito que assim seja;
- Compreendi que, em todos os dados recolhidos, a confidencialidade e o meu anonimato serão sempre protegidos e que nenhum nome ou detalhe identificativo será divulgado;
- Estou ciente que as minhas perspectivas serão incorporadas no estudo, poderão ser publicadas para fins académicos;
- Compreendi que este documento será conservado de forma segura pela investigadora e que será destruído no fim do estudo;

- Declaro que li todas as informações contidas nesta declaração e que recebi explicações sobre a natureza, riscos e benefícios do projecto.

_____, ____ de _____ 2012

Assinatura do Participante

Certifico que expliquei à participante em causa o propósito, a natureza, os benefícios e os riscos associados à sua participação neste estudo. Respondi a todas as questões que foram colocadas e testemunhei a assinatura da mesma. Forneci à participante uma cópia deste documento de consentimento informado.

_____, ____ de _____ 2012

Assinatura da Investigadora

Anexo II - História de Vida de Amélia

Amélia nasceu em 1975, no dia 4 quatro de Abril. Hoje tem 37 anos, o 9º ano de Escolaridade e é Auxiliar de Acção Educativa num agrupamento de escolas da sua localidade. É casada com Tiago - de 38 anos, com o 12º ano de Escolaridade, Jardineiro - há 13 anos e dessa união nasceram Matilde, de 13 anos e João, de 6 anos. Vive em Lisboa.

A mãe, Ana, de 62 anos, é Auxiliar de Acção Educativa e o seu pai, António, era Caixeiro-Viajante até que, aos 47 anos, faleceu devido a uma cirrose hepática e cancro no pâncreas. A sua irmã tem 33 anos, o 12º ano de Escolaridade e é Assistente de Cobranças e o seu irmão, tem 38 anos, o 8º ano de Escolaridade e é Delegado de Vendas.

1. Amélia define-se como uma mulher segura de si, contudo tímida e introvertida no encontro com os outros. Considera que reage muito por “*impulsos*” e assume ter alguns momentos depressivos. Questionada sobre como gostaria de ser, e após um silêncio, revela – “*Eu gosto de ser como sou... sei lá... (silêncio). Gostaria de ter... sei lá... mais coragem para dizer certas coisas... às vezes acho que tenho vontade de dizer... mas primeiro penso... ser mais impulsiva, sei lá... se calhar não guardar tanta coisa para mim... se calhar, quando “discuto” com alguém... dizer as verdades às pessoas... às vezes controlo-me um bocadinho... ou com medo de me magoar... e às vezes acabo-me por me magoar a mim... às vezes penso – ‘se eu tivesse dito...’... mas isto são coisas que eu não penso muito... sei lá... Eu gosto de ser como sou a nível psicológico.*”

2. A perspicácia e a tolerância, bem como a generosidade e a sinceridade, são características com que se define. Da mesma forma, admite ser insegura em algumas tomadas de decisão e detesta mentiras e injustiças, sendo muito “*sensível*” a estas – “*Quando confio nas pessoas e as pessoas traem a minha confiança, nunca mais consigo ser a mesma.*”.

3. Conta que a sua infância foi tranquila – “*Acho que foi uma infância normal... ia para a rua, brincava com os vizinhos...*”. Vivía em Loures com os seus pais e com os seus irmãos. Em relação ao tempo que passou, Amélia sente saudade e não associa a esse tempo sentimentos de tristeza – “*Fogo... porque é que o tempo não volta atrás!*”.

4. Em casa era a “*menina do papá*” que esperava semana sim, semana não, para o abraçar já que, devido ao seu trabalho, António passava uma semana na estrada e a seguinte em casa. Refere que a relação entre ambos era muito boa – “*Ele era carinhoso, amigo e tolerante*” – e que o “*sentimento de amor nunca foi posto em causa*”, pois nas suas ausências, até por não serem prolongadas, o pai “*compensava quando voltava*”, pelo momento do reencontro.

5. Devido à profissão do pai, a mãe de Amélia era quem geria a casa. Relata que só se lembra de ver a mãe trabalhar depois da morte do pai – estava reformada por invalidez devido a uma poliomielite adquirida em criança.

6. Ainda reconhece o esforço que a mãe fez para cuidar de si e dos seus irmãos, dizendo que lhe custava essa situação – “*É daquelas mães que a gente chega a casa, da escola, e temos o comer pronto! [...] não era fácil... tínhamos idades muito próximas... a minha mãe não podia conduzir, a simples ida para a escola, de autocarro, era complicado – um em cada mão e outro agarrado à perna.*”.

7. A sua mãe é uma pessoa “*firme, rígida, um pouco controladora e comodista*”, mas sempre preocupada, quase “*mãe galinha*” e sabe que, em qualquer momento, pode contar com ela – “*Se estamos doentes,*

não larga o telefone para saber como estamos.”. Conta que é “mais para os netos do que foi para os filhos, [...] em termos de carinho. Não tenho nenhuma recordação do colo da minha mãe ou de um abraço mas, ela, com os netos é completamente diferente”. A relação que teve com sua mãe e a que tem com os filhos “não tem comparação, é diferente... Não tenho recordação do abraço, do colo da minha mãe... [...] o meu receio, quando estava grávida, era se iria dar aos meus filhos o carinho que gostaria de ter recebido e isso, às vezes, preocupava-me muito... mas é uma coisa que sai naturalmente... brinco com eles, dou-lhes beijos sem qualquer problema... já com o meu pai era diferente... recordo-me de que o meu pai era quem fazia isso... a minha mãe... o modo dela é diferente... é muito preocupada, sempre a ligar a saber de nós... é o feitio dela.”.

8. Ana era pouco tolerante, repreendendo sempre os seus filhos quando estes desarrumavam alguma coisa – *“A minha mãe nunca podia ver nada fora do sítio... brincávamos no nosso quarto e só no nosso quarto...”*

9. A imagem da mãe contrasta com a figura mais complacente e acessível de António. Sobre o pai, recorda – *“Já tenho a memória do colo, do abraço... lembro-me de ele me dizer ‘Amélinha... anda para o colo do pai’...”*. Além disso, ele sempre demonstrou o “orgulho” que sentia pelos filhos.

10. Considera que os pais formavam um *“casal único, muito apaixonado e amigo um do outro... eram bons companheiros. Nunca vi nenhuma violência... quando discutiam, eram aquelas discussões normais... dos casais!”*. Ana era *“o pilar da casa, devido à ausência do meu pai, era ela que ditava as regras a mim e aos meus irmãos.*

11. Reflectindo sobre a idealização de referências paternas, Amélia relata que – *“No meu pai não mudava nada... mesmo nada! Na minha mãe... talvez mudasse aquela coisa...de ser controladora... aquela coisa que ela tinha de só podermos brincar aqui e não ali, porque íamos desarrumar... tinha sempre que seguir as regras dela... senão ela ralhava... lembro-me de uma vez de ela ralhar tanto... estar sempre a bater naquela tecla... lembro-me de sentir uma sensação de desmaio... de desligamento...aquela coisa... senti-me mesmo mal... Para mim, as pessoas mais significativas é o meu marido e os meus filhos... mais que os meus irmãos... porque pronto, a nossa relação... nunca foi próxima... éramos mais em crianças, mas agora... cada um foi para seu lado... estamos juntos no natal, mas durante o ano se for preciso não dizemos nada uns aos outros”*.

12. *“Nós nunca fomos habituados, nunca fez parte da nossa família aqueles abraços e beijinhos. Gostamos muito uns dos outros mas nunca o demonstrávamos dessa forma. Não era hábito fazer isso. Só quando o meu pai vinha de fora é que chegava e pedia beijinhos a todos. [...] Quando eu queria obter um ‘sim’ como resposta, procurava-o a ele primeiro. O meu pai nunca me batia, a minha mãe já era diferente, já levávamos uma palmada de vez em quando, mas eu compreendo porque era ela que estava a gerir aquilo tudo.”*. Conta que a relação dos pais para com ela e os irmãos era boa, sem diferenças entre eles – *“Mostravam um amor igual para cada um de nós.”*. Considera ainda que, sobre a sua família, *“nunca fomos uma família de afecto... se calhar... é mesmo do meu feitio... não fui habituada àquilo... mas com os meus filhos já é diferente!”*.

13. Para Amélia, a sua ligação com os irmãos era e mantêm-se uma relação distante e pouco emotiva – *“Quer dizer, preocupamo-nos uns com os outros, mas não somos daqueles irmãos que se telefonam diariamente mas, quando acontece uma coisa má, estamos lá uns para os outros.”*. Diz que sempre foi assim, que desde pequenos que têm grupos de amigos diferentes e que nunca foram *“compinchas”*. Considera a sua irmã uma pessoa insegura, arrogante mas *“com bom coração”* e o seu irmão *“com um bom coração e uma pessoa generosa, porque gosta de ajudar os outros, mas tem uma coisa que detesto... é gabar-se do que tem, da vida que tem, do carro que tem, da casa que tem.”*. Para Amélia, a falta de modéstia do irmão revolta-a, porque *“ele nunca foi educado para ser assim.”*.

14. A mãe foi sempre o seu *“apoio, a confidente”* durante os períodos mais conturbados relativamente ao seu quadro clínico. Isto levou a uma aproximação de ambas e, embora não considere a sua família unida, a mãe tornou-se a pessoa com quem tem mais contacto e ligação, algo que refere como recíproco – *“A minha mãe diz-me que sabe que, se precisar de alguma coisa, é comigo que pode contar e eu sei que, se precisar de alguma coisa, também a posso procurar... mas pronto, cada uma tem a sua vida, vemo-nos com frequência o que já não acontece com os meus irmãos.”*.

15. Explica que *“a minha mãe, depois de ter ficado sozinha e dos netos nascerem, mudou... mudou completamente... era uma pessoa mais fria... com os netos mudou... ela faz coisas aos netos que não fez aos filhos... não foi só pela minha doença... foi por tudo, ela mudou.”*. Fala sobre a relação da mãe com a avó – *“Era muito rígida... não a deixava namorar, não a deixava sair, ela ia para os bailes e a minha avó ia atrás... controlava-a em tudo... namoro, só de janela... Comigo, a minha avó, já era muito mais carinhosa... quando eu saía do infantário e ficava lá em casa, estava sempre tudo pronto para nós... a comida preferida... tudo impecável.”*. Indica que *“parece que houve uma repetição do que a minha avó foi com a minha mãe e do que ela foi para mim... assim como em relação aos netos.”*.

16. A partir dos três anos e meio, Amélia começou a ficar com a sua avó materna, com os primos e irmão. Antes frequentara o infantário durante seis meses, mas os seus pais retiraram-na de lá, pois a educadora de infância batia-lhe e castigava-a por *“eu ser tímida e calada e ela querer que eu fosse mais espetivada... sempre que ia para o infantário, vomitava e chorava.”*.

17. Tinha quatro anos quando a sua irmã nasceu e contaram-lhe que aos seus cinco anos, a sua mãe deixa de trabalhar para ficar em casa a cuidar dos filhos. Aos seis anos ingressou na primeira classe, em Loures, onde a família vivia. Quando Amélia *“tinha 8 anos e mudámo-nos para Lisboa”*.

18. Conta um episódio que a levou de urgência ao hospital, aos quatro anos, e em que ficou internada, por ser submetida a uma lavagem ao estômago – *“Aconteceu na altura em que ficava na casa da minha avó... Ela tomava alguns comprimidos para dormir e, um dia, deixou-os em cima do frigorífico. Em casa dos meus pais, à noite, brincava com o meu irmão aos médicos. A minha mãe conta que tirei os comprimidos e que, enquanto o meu irmão fazia de médico e me passava as receitas, eu os tomei. Repararam porque eu estava a*

cuspi-los e ele disse à minha mãe. Lembro-me de estar tonta, recordo-me de ver o chão às ondas e a andar em ziguezag.”.

19. Sobre recordações remetentes a esta época, Amélia descreve os almoços em família, nos arredores de Lisboa, em casa dos seus tios – *“Tenho boas recordações dessa altura, a minha tia era um doce, fazia tudo o que pedíamos, trazia-nos o pequeno-almoço à cama... [...] era muito nossa amiga.”.* Com os primos, a relação era saudável, menos com a mais velha – *“Um episódio que me marcou, uma vez, foi eu querer juntar-me aos meus primos e ela mandar-me embora, porque dizia que eu era criança demais para estar com eles... e só tínhamos uma diferença de cinco ou seis anos.”.*

20. Da escola primária, não se lembra de muito – *“O normal... ia para a escola, brincava na rua...”*, mas era boa aluna. As suas disciplinas favoritas eram Educação Física, Trabalhos Manuais e também gostava muito de Matemática. Da mesma forma adora, ainda hoje, puzzles e *“fascina-me desmontar qualquer coisa para ver como funciona”* pois, *“sempre gostei de coisas que me façam puxar pela cabeça.”.*

21. Contudo, no segundo ciclo, reprovou no 5º ano de Escolaridade (aos dez anos). Sucessivas reprovações marcaram esta fase – dos onze até aos dezasseis anos – reprovava um ano, passava outro. Nesta fase irregular, devido às sucessivas reprovações, refere que os pais nunca a castigaram e só a advertiram e aconselharam – *“Vê lá agora o que fazes para o ano’... - diziam-me?”.* Explica que, na altura, como a comunicação escola-casa e casa-escola era diminuta e rara, se sentia à vontade para faltar às aulas e ir brincar ou sair pois, para ela, *“estar na escola era muito sério e sentia-me enjaulada.”.*

22. Em criança, considera que não fazia muitas birras, mas que chorava muito – *“metia-me no canto do quarto, sentada com a cabeça entre os joelhos, e chorava, chorava, chorava [...] era um grande sofrimento”* quando não a deixavam fazer o que ela queria. *“Eu tentava sempre levar a minha ‘à avante’... e quando não me deixavam sentia-me muito revoltada... sentia-me... Quando não me faziam a vontade eu ia para um canto... e chorava... e batia com o pé... Eu era rebelde, era uma criança rebelde... se uma filha minha fizesse o mesmo que eu fiz à minha mãe... sair à sexta e aparecer no domingo... eu queria a minha independência... queria estar com os meus amigos e não ter horas marcadas... queria fazer o que bem me entendesse”.* Este sentimento perdura até hoje – *“Quando quero ir a algum sítio e o meu marido não quer ir, ou não concorda, custa-me imenso... quando eu tenho a minha opinião e ele tem a dele... custa-me quando a minha não prevalece!”.*

23. Reflectindo sobre a sua infância diz que foi “boa”, porém lembra-se que na escola *“gozavam comigo por ser maria-rapaz e por ser muito magrinha... era mesmo muito magrinha... e aquele aspecto magro, de cabelo curto... dava mesmo ar de maria rapaz e, às vezes gozavam... essas coisas incomodavam-me...!”.* Questionada sobre o seu aspecto físico, assume que gosta de *“ser como sou.... Mas desde*

miúda... aquilo que mais me incomodava eram as borbulhas... ainda hoje eu tenho... pronto... tinha algumas...nunca passou...e às vezes tinha vergonha... de olhar as pessoas na cara, para não repararem... Comecei desde muito cedo a pintar-me, para disfarçar com base... comprava produtos para por... isto desde os meus 16 anos...Também me recordo... Eu desde sempre que gostei de cabelos claros, e a minha mãe não me deixava pintar o cabelo... então eu punha água oxigenada... e Às vezes acabava por ficar verde...mas a minha mãe nunca me dizia nada... porque se era o que eu gostava...! Em miúda eu tinha um cabelo muito grosso [...] e quando ele começava a crescer e a passar do meio do pescoço, o cabelo ficava...bem, a minha mãe leva-me a mim e à minha irmã ao cabeleireiro e cortava-nos o cabelo... curtinho, ‘à rapaz’! Sentia-me mal... mas a partir dos 16 anos, mais ou menos, quando a gente... é que já sentíamos vergonha de ter assim o cabelo... houve uma altura em que disse ‘agora chega! Não cortas mais!’ e não deixava a minha mãe cortar... ela começava logo a falar... a dizer que aquilo não tinha jeito nenhum... ‘e que parecia não sei o quê, com o cabelo assim...’ mas depois deixava... até que eu consegui deixar o cabelo crescer”. Hoje admite gostar do seu corpo, como ele é – “Foi das coisas que acho que nunca tive... há aquelas pessoas que não gostam (do corpo) ... mas eu não... a única coisa que nunca gostei foram as borbulhas... e o cabelo curto (ri-se) ”.

24. Sobre esta época da sua adolescência, Amélia confirma que foi “*bem melhor que a infância*” – tinha muitos amigos e fazia muito desporto, experimentando aqueles a que tivesse acesso. Adorava futebol, mas “*um dia atrasei-me para um treino, porque estava a falar com os meus amigos e a minha mãe retirou-me do futebol... custou-me imenso, porque eu adorava fazer aquilo.*” Conta que, por volta dos catorze anos, tinha uma vizinha, grande amiga e confidente, com quem passava a maior parte do tempo livre. Destes tempos recorda-se de quando começou a sair à noite, às escondidas dos pais – “*Ela dizia que ia dormir à minha casa e eu dizia que ia dormir à casa dela... saíamos ao mesmo tempo, encontrávamo-nos de pijama, nas escadas, onde trocávamos de roupa que já estava guardada no contador da água... resultou umas duas vezes, à terceira fomos descobertas e repreendidas... ralharam-nos, mas não nos bateram.*”.

25. As amigadas de Amélia, nesta altura, viam-na como líder – por ser a mais velha e devido ao histórico de reprovações escolares – “*sentia-me bem nesse papel, por ser o centro das atenções*”. Relativamente às relações amorosas, refere que sempre foi muito tímida, “*era muito sossegada... até começar a falar...demorava.*”. Estas características transpõem-se para as relações de amizade, mais com homens do que com mulheres, admitindo “*não me abria muito... até contar alguma coisa a alguém, precisava de confiar bem nessa pessoa. Ainda hoje sou assim... não me consigo soltar até ter confiança numa pessoa.*”.

26. Começou a trabalhar com dezasseis anos – desde lojas a restaurantes, passando pela agricultura – “*posso dizer que fiz um pouco de tudo e que sei fazer um pouco de tudo!*”. A maior parte do seu salário dava à mãe, para a ajudar economicamente. A sua adolescência foi marcada pela distância

do “*primeiro amor, uma paixão louca*” – como se refere ao primeiro namorado. Foi um namoro intenso, marcado por comportamentos rebeldes - “*No dia em que soube que ia mudar de casa, fugi. Estive dois dias em casa dos pais do meu namorado, sem que os meus pais soubessem de nada, foi uma situação complicada, porque os meus pais envolveram a polícia.*”. Amélia não desistiu deste relacionamento – “*Falei com os meus pais, a dizer que gostava dele e que o queria voltar a ver. A minha mãe consentiu que namorássemos, mas teria que ser ele a vir até Setúbal.*”. Conseguiram manter o namoro durante uns tempos, falavam por telefone e o namorado, de vez em quando, ia ter com ela.

27. Confessa que hoje se arrepende de algumas coisas que fez - “*Como não tinha dinheiro e queria ir ter com ele, uma vez apanhei um mealheiro lá em casa, cheio de moedas, tirei o dinheiro e vim para Lisboa... [...] até que se tornou um hábito... não voltei a tirar dinheiro, mas arranjava outras formas de ir ter com ele... Pensava – ‘não me deixam...mas eu vou à mesma’, e ia. Arranjava boleia do irmão dele... houve uma vez em que tive uma semana fora, sem dizer nada aos meus pais.*”. Desta vez, Amélia conta que os seus pais já não a foram buscar e que, segundo ela, “*pensavam ‘quando ela tiver que voltar, volta!’*”. Este foi um momento que a marcou e narra-o de forma (quase) arrependida – “*Os pais dele também já não achavam piada e proibiram-me de estar lá... Dormimos em vãos de escadas, em carros abandonados, chegámos a passar fome... Só para estarmos os dois juntos.*”. Devido a estas situações e à distância, a relação terminou.

28. Ainda explica que os seus pais a repreendiam muito, durante esta fase, mas não se arrepende de nada pois, a sua obstinação e a vontade de ser independente, de ter liberdade eram o mais importante – “*Se era a única forma de ter liberdade, de fazer o que queria, tinha que ser assim... nunca gostei de me sentir presa. Dou muito valor à independência.*” Quanto a recordações e a situações mais negativas, confessa que, muitas vezes, não se recorda pois, “*parece que foram apagados da minha memória por magia.*”.

29. No mesmo período, devido a questões financeiras, a família mudou-se de Lisboa para Setúbal e Amélia deixa para trás os amigos, o namorado e o irmão, que ficou a viver com a namorada.

30. Já em Setúbal, retomou o 6º ano de Escolaridade e estudou em regime nocturno, dos dezasseis aos dezoito anos – pois sentia vergonha em frequentar uma turma do ensino regular, devido à idade. Mais uma vez “*não acabei a escola, pois não conseguia conciliar com o trabalho ou porque nesse dia não me apetecia ir à escola e ficava com o namorado ou com os amigos.*”.

31. Fez facilmente amizades e, com elas, novos *hobbies*. As saídas à noite foram trocadas pelo desporto que sempre fizera até então. Nesta nova fase, onde a confiança e a liberdade se complementaram, teve que seguir as condições da mãe, para ganhar a sua confiança e atingir a independência que tanto queria.

32. Relata que, durante a adolescência, era bastante reservada na relação com os seus pais - *“Guardei sempre tudo muito para mim... não contava nada aos meus pais... nem com a minha mãe, era mesmo com a amiga que tinha... a única coisa que eu dizia era quando queria ir sair, mas falar, falar... não falava.”*. Questionada sobre quem procuraria primeiro, caso tivesse que falar, Amélia referencia o pai [risos]. Nesse ano, aos dezasseis anos, Amélia pediu para ir festejar a passagem de ano com os amigos, em Lisboa. Os pais consentiram com a ida, mas com uma condição: teria que dizer para onde ia. Ela não concordou - *“Eu meti na cabeça que não dizia, que eles tinham que me deixar ir, mas sem eu dizer para onde. Fiz uma fita tremenda!”* - e acabou por não ter permissão para concretizar o que desejava, o que a levou ao desespero - *“Eu chorei, esperneeiei, gritei de tal forma que a minha mãe me levou ao hospital a uma consulta de urgência.”*. Encaminharam-na para a Psicologia e, no dia a seguir, iniciou as consultas.
33. Recordar-se de ter tido cerca de cinco sessões e que, nas três primeiras, nem *“abria a boca, só chorava, chorava, chorava, chorava... Sentia-me incomodada ali”*. Nas últimas consultas relembra que *“parecia que não era nada comigo, ele (psicólogo) olhava para mim... e eu para ele. Às vezes nem me perguntava nada. Só ficava a olhar para mim e eu pensava ‘Ai! Não dizes nada?! Estás a espera que eu diga? Então enquanto não falares, também não abro a boca!’”*. Ainda menciona que não se lembra do que o psicólogo disse e que, após as cinco sessões, o processo foi encerrado. A mãe, preocupada, tentou falar com o psicólogo que, segundo Amélia, não deu nenhum *feedback* sobre as sessões e que apenas lhe disse: *“A sua filha não tem nada, o que a sua filha tem é um conflito de personalidade.”*
34. Seguiram-se vários namorados, amizades e experiências inerentes ao crescimento. Admite que nunca experimentou qualquer tipo de substância psicotrópica e que bebia casualmente, quando saía à noite (hoje, bebe raramente). Explicou que os pais sempre a mantiveram informada sobre os *“perigos”* e que, por ver os seus amigos a consumirem drogas nunca o fez. Contudo, admite que, desde os quinze anos, fuma tabaco - *“Foi a maneira de sentir que também fazia parte do grupo.”*
35. Tinha, ainda dezasseis anos, Amélia teve o segundo namorado *“a sério”* - era visita constante em sua casa, em jantares de família e eram muito unidos. Durante dois anos e meio namoraram, até que, por volta dos dezanove anos, afastaram-se e terminaram a relação o que associa ao falecimento do seu pai.
36. Emotiva e controlada na conversa, descreve os acontecimentos inerentes à situação clínica do pai e de que forma a marcaram. *“Tinha deztoito anos quando se descobriu que o meu pai estava doente... Foi devido a uma cirrose hepática, porque ele tinha um cancro no pâncreas.”*. Na resposta à pergunta se o seu pai bebia muito, Amélia prontifica-se logo a dizer que não. Nunca tinha visto o pai

alcooolizado e que bebida de forma social - *"Lembro-me de o ver, depois de jantar, a beber o seu café e o seu copo de whisky."*

37. A perda do pai é sentida, ainda hoje, *"como a maior perda da minha vida"*. A emoção das suas palavras cruzam-se com os episódios chocantes a que assistiu, desde os banhos que tinham que ser dados com ele deitado, com almofadas na banheira, por causa das dores, até ao episódio que antecedeu o seu falecimento - *"Um dia antes do meu pai falecer, antes de ser internado, tenho uma imagem horrível dele... o seu fígado rebentou e vomitou sangue... aquelas postas e postas de sangue."* Diz que, apesar de ter sido tudo muito rápido, o pai faleceu num espaço de quatro meses. Era algo que esperava que *"pedia a Deus para que o levasse, para ele não estar a sofrer tanto..."*.

38. Anda hoje, em tudo o que faz, pensa no pai, demonstrando a importância de o manter vivo, em memória. Ainda hoje, nas datas especiais e festivas, *"escrevo-lhe pequenas cartas, na esperança que ele nos ouça."* Esta homenagem é também feita pela sua mãe. Relativamente aos irmãos, diz que não o fazem e que *"eles têm outras formas de reagir."* A relação entre os três não mudou muito. Continuam como sempre foram, distantes.

39. Antes deste acontecimento trágico, na esperança de alcançar novos objectivos e novas conquistas, Amélia concorre à Marinha. Era um sonho do seu pai que não foi concretizado, porque ela, devido à vergonha relativamente à sua falta de visão, não quis utilizar óculos nas provas e não foi considerada apta. Esta desilusão foi dividida entre ela e o pai e, mais tarde, na tentativa de a motivar, o pai fala-lhe de outra possibilidade, de concorrer à Academia de Polícia. *"Eu gostava de ter sido polícia... e o meu pai perguntou-me porque não tentava... Mas, com receio de falhar mais uma vez, não o fiz"*. Hoje, apesar de se considerar feliz na sua profissão, admite o arrependimento em não ter tentado - *"E se...Podia ter até conseguido... não sei..."*, alude.

40. Depois do falecimento do pai, a vida, a relação entre Amélia e a mãe alterou-se um pouco - *"Ficámos mais distantes... isolámo-nos. Eu chegava a casa, jantava e saía. Muitas vezes, quando voltava, já a minha mãe dormia. Com a minha irmã era a mesma coisa, tínhamos rotinas diferentes."*

41. Quando tinha dezanove anos, teve conhecimento da abertura de um concurso para Auxiliares de Acção Educativa da Função Pública, ao qual concorreu. Concorreu e a sua mãe. Ambas foram colocadas na mesma escola. Hoje, Amélia mantém-se no mesmo serviço, enquanto a mãe foi transferida, há pouco, para uma outra escola do mesmo agrupamento. Menciona que esteve muito reticente em concorrer, pois achava que não iria ser respeitada devido à sua pouca idade, mas que, pela insistência da mãe, concorreu.

42. Pela condição económica, a família mudou-se de novo para Lisboa e Amélia, com vinte e um anos, além do trabalho na escola, resolveu ocupar-se com um Curso de Mesa e Bar, alterando as suas rotinas e o seu comportamento face à sua formação. Em tom de brincadeira, relata que

“na escola não era estúpida nenhuma... eu, se metesse uma coisa na cabeça, conseguia!” e que o problema, de não ter prosseguido mais nos estudos de forma regular, foi o absentismo. Como exemplo, referencia que acabou o Curso de Mesa e Bar com 20 valores – tendo disciplinas variadas, desde o Inglês à Informática. Hoje admite esse absentismo, no seu historial académico, e assume que se se tivesse aplicado mais, teria chegado mais longe.

43. Sente que a excelente aprovação no curso se deveu ao facto de, finalmente, se sentir motivada (nessa altura, deixara de sair à noite). Depois de chegar do trabalho e de jantar, sentava-se à secretária e conta que tinha umas *“manias, que já tinha na altura de escola”* transcrevia, vezes sem conta, os apontamentos, em cadernos - *“Passava duas, três, quatro vezes, as vezes que fossem necessárias, [...] passava tudo, tudo, tudo... sei lá, dava-me prazer... é a tal coisa... ter as mãos ocupadas. [...] Passava as noites a fazer cópias, a escrever, escrever, escrever e, se uma semana depois, achasse que não estava bem, ia passar tudo de novo”*, como um ritual.

44. Comenta que *“deve ser uma questão de perfeccionismo ou de organização. Sinto-o como isso.”*. Recuando à época da escola, diz lembrar-se que esta rotina começara no 5º ano de Escolaridade – *“Outra vez?”- perguntava-me a minha mãe, e eu respondia que gostava e que estava entretida, ocupada.”*.

45. Quando, aos vinte e três anos, integrou as Novas Oportunidades e, num espaço de seis meses, concluiu o 7º, 8º e 9º ano de Escolaridade, finalizando o curso com boas notas, o mesmo ritual foi aplicado.

46. Acrescenta, ainda no seguimento desta temática, que *“ainda outra mania que tenho, desde que me lembro que sou gente, é que antes de adormecer, ou mesmo se estiver parada a ver televisão, tenho que estar sempre a roçar os dedos da mão num pano, lençol, almofada, como os bebés fazem. Nunca consegui parar de fazer isto. [...] Se estiver a fazer alguma coisa e se passar a mão numa almofada ou num lençol, não resisto, vou lá. Fora de casa, como não tenho lençol muitas vezes faço-o com o cabelo”*. Amélia sente que, quando toca no lençol, na almofada ou no cabelo, *“estou num mundo à parte, como se nada estivesse à minha volta, fico imóvel e estática, o meu olhar parece longe”* e que essa sensação é como um *“alívio, para o stress e ansiedade.”*.

47. Explica que a *“necessidade de ter as mãos ocupadas”* e de estar sempre a fazer qualquer coisa se estende a vários momentos da sua vida e da sua rotina diária. Como Auxiliar de Acção Educativa, Amélia trabalha na reprografia e diz adorar o que faz, explicando que *“[...] Como estou na reprografia, tudo o que mexa com papéis, com escrita é comigo... tenho que estar com canetas, papéis...”*. Contrariamente, quando tinha que estar nos pavilhões, odiava pois era um trabalho monótono e que não a ocupava como ela gostava.

48. Aliando a necessidade financeira ao gosto por estar ocupada, relata que *“por volta dos vinte e cinco anos, trabalhei num supermercado, em part-time, depois da escola, quando as despesas de casa começaram a*

apertar, já estava casada. Gostava bastante de o fazer... estava na caixa e, quando olhava para a fila, pensava que me tinha que despachar e acelerava. Sentia-o como um desafio. Sempre gostei de trabalhar de empreitada, como se costuma dizer. Enquanto não via o trabalho despachado, não descansava. Estava sempre desejosa de ir trabalhar aos fins-de-semana, que é quando os supermercados estão cheios de pessoas para atender.”. Reconhece-se, no seu trabalho, como uma pessoa responsável, esforçada, organizada e competente – “Acho que, naquilo que faço, ninguém faz melhor que eu, [...] faz-me muita confusão pessoas lentas. Irrita-me imenso. [...] Eu gosto de fazer tudo ali muito certinho... considero-me uma pessoa organizada no trabalho... pronto, tenho que deixar tudo certo e tudo pronto... também porque, o trabalho que eu faço... eu sei que é elogiado... e uma pessoa gosta de receber esses elogios, se eu não fosse assim no trabalho, se calhar não os recebia”.

[Ao longo dos encontros, Amélia demonstra-se mais relaxada. A tensão e a contenção habituais misturam-se agora com uma descontração, até então nunca percebida.]

49. Conta que conheceu o seu marido num bar. Amélia tinha vinte e um anos e Tiago tinha vinte e dois anos. Conheceu-o através de amigos comuns, numa das suas pontuais saídas à noite. Começaram a conversar e, passados três meses, iniciaram o namoro. Diz que o que mais gostou nele foi “*o facto de ser diferente... cabelo comprido, brincos?*”. Referencia também qualidades que a conquistaram – muito “*trabalhador, carinhoso, sincero e com os pés assentes no chão*”. Revela que o namoro foi “*normal*” – tinham as suas rotinas, saíam todos os dias e passavam fins-de-semana fora. Confessa que, a única coisa que não foi como os outros namoros ou as relações que conhecia, foi o facto de ela ter sido “*a primeira mulher dele*”.

50. Um mês após estarem a viver juntos, soube que estava grávida o que, apesar de não ter sido planeado, a deixou feliz e convicta sobre esta nova fase – “*Quando fui buscar as análises que confirmavam ou não se estava grávida lembro-me de pensar ‘espero que sim, espero que sim!’ Senti-me muito feliz!*”. Aos vinte e três anos, Amélia e Tiago decidiram-se casar – “*Casei-me grávida de seis meses, foi um dia muito feliz!*”.

51. Durante o parto de Matilde houve complicações. Os médicos falaram numa infecção, mas, até hoje, Amélia não sabe o que se passou. Recorda que ficaram internadas durante dez dias. Recuando ao período de gestação, relembra que, no 7º mês, teve que ir para casa, de baixa médica, pois a “*bebé tinha deixado de crescer... tinha pouco líquido e, então, deixou de crescer.*”. Em casa, fez repouso e seguiu as ordens do médico, referindo que “*sempre me orientei sozinha!*”. O parto foi provocado e só se realizou dois dias após a ruptura da bolsa de água e, segundo Amélia, isto foi o motivo da infecção já que, durante esses dias, “*não tinha líquido amniótico suficiente.*”.

52. Emocionada, diz que as “*gravidezes foram os períodos mais felizes*” da sua vida e que, depois de Matilde nascer, se sentia “*no sétimo céu, estava tudo muito bem... sem angústia, sem cansaço, sem desespero.*”.

53. Lembra que teve dificuldades financeiras (o que a levou a trabalhar também num supermercado, facto relatado anteriormente), mas que, o que lhe custou mais foi a ida de Matilde para o infantário, aos cinco anos (até esta idade, era a sua sogra que cuidava da bebé, o que faria, também mais tarde, com o seu segundo filho). Confessa – *“Custou-me muito... estava-me a separar... foi uma angústia muito grande... do infantário para a primária também me custou bastante... pensar como ela se ia habituar, a sua transição... ficava ansiosa!”*.

54. Diz que desses tempos não se recorda de nada em especial, reforçando que foram os tempos mais felizes de sua vida. A sogra foi uma grande ajuda, já que a mãe, como trabalhava e tinha limitações locomotivas, dava um apoio limitado – *“Ela ajudava no que podia... mas nunca senti que precisei de ajuda!”*.

55. Quando Matilde tinha seis anos, João nasceu. Foi uma gravidez planeada – *“Falávamos em ter mais um filho... e tivemos!”*. Foi uma gravidez diferente da de Matilde, porque sentiu muitas dores – *“ele era muito grande... nasceu com 4,200kg, ao contrário da Matilde que não cresceu... nasceu com 2,500kg!”*.

56. Descreve os filhos com grande ânimo, referindo-se a João como o seu “companheiro” e a Matilde como sendo uma criança muito sensível face aos problemas dos outros e que *“tem uma personalidade muito forte, é muito dura... quando eu ralho, ela não chora, fica ali... firme, ouve... mas não deita uma lágrima!”*. Amélia define algumas características dos seus filhos – *“Ele é mais tímido e não dá muita confiança quando não conhece as pessoas... depois é muito meloso. Ela é muito boa aluna, dedicada e esforçada. Ele, por seu lado, já só faz o que quer... a educadora queixou-se que pediu para ele pintar uma flor de uma cor... todos os meninos pintaram menos ele... [...] Também se queixa que ele demora muito tempo acabar os trabalhos, que se distrai. Por outro lado, eu reparo que decora as coisas com uma rapidez... mexe num computador como nenhum miúdo da idade dele... escreve sozinho algumas palavras, não por ter aprendido na escola, mas porque decora a palavra e pergunta o que quer dizer... e nunca mais a esquece. Aplica-se também isto às palavras em inglês! [...] É sempre o último acabar de comer na escola. Em casa, é um castigo para conseguir fazê-lo comer!”*.

57. Em relação ao desenvolvimento dos filhos, recorda que Matilde foi amamentada até aos sete meses, que começou a andar aos dois anos e que *“largou a chucha por volta dos três ou quatro anos.”*. Considera que seguiu um ritmo mais normativo. Por sua vez, João não foi amamentado por Amélia – *“[...] Porque o pouco leite que tinha não o alimentava... ainda tentei um mês mas ele só perdia peso.”*. Afirma que João é *“mais oito ou oitenta”* e explica a razão – *“Com o João, tenho tido alguns problemas nesse aspecto... só consegui que ele largasse a fralda aos cinco anos, a caminho dos seis... e foi complicado. A urina fazia na sanita, mas as fezes não. Tentei tantas vezes pô-lo na sanita... falar com ele... tentei de tudo e ele chorava sempre e dizia que não conseguia. Chorava tanto que me dava dó. Depois, deixava*

passar umas semanas e lá tentava outra vez... e ele nada. No dia que fez seis anos, disse-me: 'Agora já vou fazer cócó na sanita, porque agora já sou grande!' E não é que fez mesmo? A partir daí nunca mais quis a fralda. A chucha ainda não largou, usa-a para dormir. E diz-me: 'Quando eu não sentir falta dela eu deixo, tá bem mãe?'".

58. Na gravidez de João, Amélia também teve problemas e, ao 7º mês, teve baixa médica, pois já não aguentava as dores. Relembra que, no 5º mês de gravidez, teve *“imensa comichão no corpo”*, lembrando esses dias como *“uma coisa horrível”*. Após este episódio, foi ao hospital e fez análises ao sangue que revelaram níveis altos das transaminases do fígado. Os médicos referiram que deveria ser o feto a fazer pressão no fígado, alterando os valores das enzimas. Lembra-se que a partir daí *“começaram os problemas”* – *“dores nas pernas, imensas nódoas negras, plaquetas baixas, púrpura”*.

59. Em *associação livre* expõe novos factos, desde há quatro anos, altura em que adoeceu – como refere – tem realizado uma série de exames para descobrir a causa do seu mal-estar. Houve alguns diagnósticos, mas pouco fundamentados. Relembra que os médicos referiram que deveria ser devido à *“depressão que tinha”*.

60. Em relação a esta bateria de exames que está a realizar, Amélia sente-os como *“uma luz ao fundo do túnel... porque tu estás doente e não sabes porquê... é angustiante!”*. Contudo, sente que *“ando a ser mal seguida... porque este médico disse-me que os marcadores de Lúpus tinham dado negativo, mas quando fui ao Instituto de Reumatologia, e mostrei as análises ao médico, disse-me que o outro (médico) não me tinha feito análise ao Lúpus... Estou assim... consulto um, consulto outro... passam-me análises... são análises muito caras... Eles dizem-me que tenho que procurar um bom médico de clínica geral, que me faça as análises e descubra o porquê de algumas serem positivas...”*.

61. Diz que tem *“estado bem”* e que *“já sabia que tinha qualquer coisa...por isso...Eu não saber aquilo que tenho, é como... pronto, assim ao menos ponho-lhe um rótulo, sei as razões de estar, às vezes, mais em baixo...estou descansada! [...] Afinal tem um nome!”*. Para Amélia estar doente é *“o estar angustiada, estar doente psicológica e fisicamente. Mal conseguia andar, havia alturas em que nem escadas conseguia subir, não tinha forças nas pernas, não sei se era pela medicação ou não... tinha muitas dores no corpo e de cabeça... parecia que, da barriga para baixo, eram só ossos... não tinha músculo, não tinha força... perdi muita massa muscular... quando eu digo que estive doente é porque era tudo”*.

62. Recorda que *“desde a primeira vez que adoeci, que fui para o hospital... num choro, num pranto, numa coisa que eu não sabia o que era... a psiquiatra que me viu disse que, para ela, eu estava doente, mas era qualquer coisa derivado de um problema de saúde qualquer... que não era só depressão e, a partir daí, nunca ninguém descobriu o que eu tenho, o que eu tinha...”*

63. Recuando uns anos atrás, tinha João dois anos, quando, além do mal-estar físico se manifestou um mal-estar psíquico – *“Comecei a ter crises de choro, não sabia porquê... sentia-me depressiva e tinha imensas dores de cabeça... e do que mais me lembro era de ter muito, muito, muito sono...”*.
64. Continua a relatar – *“Nessa altura tudo me irritava, uma pequenina discussão com o meu marido, pequenas contrariedades... Tudo me fazia confusão... eu tinha que ter razão. [...] Entrava num pranto, num choro, tinha que ser tudo à minha vontade. [...] Tinha imensas dores de cabeça e muito sono - do que me lembro mais é do sono - até diziam que a depressão dava insónias... a mim, era sono. [...] Dormia dias inteiros se me deixassem. [...] Senti-me a adoecer, sem sentir que havia um motivo para tal?”*.
65. Menciona que *“sempre tive tendência para depressões e alterações de humor”*. Hoje reconhece que, na adolescência, também as tinha, mas não tão *“fortes”* e por isso, na altura não as compreendia – *“Não tinha bem noção, achava que era normal.”*. Desde os seus dezasseis anos que a mãe a levou a consultas, ao médico de família, no centro de saúde. A mãe queixava-se de rebeldia misturada com *“os comportamentos que tinha de choro, de ficar num canto, a chorar, a espernear”*. Conta que chegou a ser medicada, mas que nunca seguiu nenhum tratamento até ao fim.
66. Continuou a ir às consultas, quando se sentia *“mais em baixo, dizia-lhe (ao médico) que andava triste, que não me sentia bem... [...] Ele passava-me medicamentos para a depressão... mas depois eu deixava-os de tomar, depois sentia-me mal de novo e lá ia eu outra vez... [...] às vezes pedia baixa, tirava uns dias para descansar.”*
67. Estes *“altos e baixos no humor”* – como os referencia – atenuaram durante as gravidezes, mas tiveram o seu pico máximo depois do nascimento do João – *“os momentos depressivos foram mais constantes.”*
68. Para Amélia, a actividade o gosto por ter várias ocupações sempre foram aspectos que a motivavam, tanto no seu trabalho como na sua vida pessoal mas, nessa altura, sentiu que a sua energia se estava a esgotar – *“Chegava a casa cansada, só queria descansar, cheia de dores, só queria dormir, sem paciência. [...] Quando sentia que não conseguia fazer o que queria fazer, ficava num pranto.”*
69. *“Quero ser sempre perfeita...”*, diz. Refere que, no trabalho, é muito importante sentir o seu perfeccionismo. Retoma à altura do pós-parto do filho e conta que *“sempre fui muito chorona e, na altura, parecia que nada corria bem... ia já para o trabalho chateada... e já não fazia as coisas bem... acabar o dia de trabalho sem ter cumprido os meus objectivos – de fazer tudo bem feito – mexia muito comigo... [...] Acho que isso também despoletou um bocadinho a depressão.”*
70. Num relato emocionado, traíndo o seu controle, Amélia descreve a sua primeira crise de choro – *“A primeira crise de choro que eu tive foi numa manhã, de Fevereiro, em que fui levar o meu filho à minha sogra. Na altura não tinha carta de condução e quem nos levava era o meu marido. Depois, deixava-me no trabalho, normalmente... [...] Nessa manhã, tinha estado a discutir com ele, discussões normais, por nada em*

especial... O meu marido acorda, de manhã, sempre muito mal disposto... a gente não lhe pode dizer nada... gera-se logo uma discussão... e eu já estava tão aborrecida com aquilo, todos os dias a mesma coisa... nesse dia estava mesmo passada...”

71. Nessa manhã, depois de deixar o filho na sogra, desceu, já a chorar, ao encontro do marido, que a esperava. Não foi com ele nem para o trabalho e seguiu a pé, sozinha, cerca de seis quilómetros, até casa – *“Eu não sei como cheguei a casa... [...] estava num estado... não me lembro por onde passei, não me lembro de nada, como cheguei... só sei que cheguei, num pranto, meti-me na cama e já só sai no outro dia... só porque a minha mãe me foi buscar para me levar ao médico.”*

72. Lembra-se que *“quando entrei no hospital eu estava verde... a minha mãe diz que eu tinha uma cor que parecia nem ter sangue”*. No hospital, reencaminharam-na para o psiquiatra. Depois desta crise de choro outras vieram e, todas elas, a deixavam fora de si.

73. Revela, pela primeira vez, como foi o seu primeiro “corte”.

74. *“A primeira vez foi em Março de 2008... e fui internada em Novembro do mesmo ano. [...] Foi... (suspiro) eu na altura estava a cozinhar... Estava a cozinhar e sentia-me assim mal, ansiosa, foi tipo um acto impulsivo... Nem sei bem como é que fiz... [...] Não me lembro se estava a chorar ou se não estava... foi um impulso... e cortei-me. Tanto que, o primeiro corte que fiz, foi assim (explica que foi no antebraço, um corte vertical), quase que não se nota, foi mesmo ligeiro. [...] Eu acho que foi mesmo a angústia... Eu estar doente, sentir-me doente e não saber o porquê. Uma pessoa chega a um ponto que desespera... Sei lá... Uma angústia tão grande, uma dor tão grande que... olha... a gente... pronto... na minha ideia eu cortava-me e a dor que eu sentia aqui (aponta para o braço), não sentia aqui dentro (coloca a mão no peito).”*

75. Para Amélia, *“qualquer contrariedade ou qualquer conflito, por mais pequeno que fosse, tornava-se numa grande angústia”* – desde ter que fazer as tarefas domésticas ou decidir o que iria ser o jantar – *“tornei-me muito menos tolerante... sentia-me tão cansada... a mínima coisa era um problema enorme.”*

76. Sente que a primeira vez que se cortou foi por impulso, não sabendo expressar o que estava a sentir – *“nem eu própria sei”* – mas admite ter chegado a um ponto de *“grande angústia”* e *“tristeza”* – *“Foi mesmo o meu limite... um cansaço... eu, às vezes, até digo... eu acho que estive doente por causa de um esgotamento... estava mesmo esgotada, cansada... não dava mais!”*

77. Conta que, normalmente antes de se cortar, estava ansiosa e que, durante o acto, a ansiedade traduzia-se em *“alívio”*, pela sensação de estar *“estava fora de mim... sem sentir nada... [...] depois... depois de o fazer, queria fazer mais e mais. Sentia-me bem. Gostava.”* Explica também este acto como uma forma de se distrair – *“Era como se estivesse a fazer um desenho no papel, mas fazia no braço...”* Este sentimento misturava-se mais tarde com o arrependimento – *“Pensava: ‘Mas porquê é que eu fui fazer isto...?’”*

78. E continua - *“Ainda hoje eu sinto que, se me cortasse, nem dor eu teria. Se eu cortar o braço não sinto dor. Se calbar é onde dá menos dor... quando penso... se me cortasse na perna... acho que o braço é o sítio onde tem menos dor... e acho que aqui (aponta para o interior do antebraço) ... se calbar eu não me cortei deste lado provavelmente porque... acho que dói mais neste lado do que deste (aponta para o outro, onde se cortava) ... não sei porquê... ainda hoje eu penso que se me cortar não ia doer nada... não ia ter dor nenhuma... mas se fosse na perna acho que teria. É uma coisa normal. É como um vício. Foi um vício que eu tinha na altura e que deixei... é como fumar um cigarro e depois querer fumar mais.”*

79. Amélia cortava-se na parte superior do antebraço (maioritariamente no direito por ser canhota) com facas de cozinha. Numa única vez é que o fez na perna e pensou, um dia, em fazê-lo no rosto - *“Estava tão cega, a olhar-me ao espelho, que me apetecia cortar a cara toda... mas não o fiz.”*. Sobre estes pensamentos, menciona - *“Tinha muitas ideias... de fazer nas pernas, na cara... eu fazia muitos filmes na minha cabeça... [...] Às vezes, podia estar-me a cortar... ou nem estar e fazia muitos filmes... sem nexo... coisas do dia-a-dia, da casa, do trabalho... um bocadinho de tudo... parecia que estava sempre a pensar em tudo ao mesmo tempo, a minha cabeça estava sempre a funcionar... às vezes queria fechar os olhos, descansar e não conseguia... até de noite... sonhava... sonhava muitas vezes com os cortes, com sangue também...e se calbar, o despoletar para me cortar foi também isso... eu, antes de me começar a cortar, sonhei muitas vezes com sangue... não sonhava que me estava a cortar, mas sonhava com muito sangue... tinha muitos pesadelos”*.

80. Na adolescência nunca pensou em se cortar nem teve ideias suicidas. Diz que, mais tarde, quando o fez, não pensou em suicidar-se pois *“se eu tivesse mesmo intenção de o fazer, eu tinha-o feito... mas intenção, intenção não...! era simplesmente para aliviar aquela dor que eu tinha... distraía-me!”*. Acrescenta que *“quando eu fazia as coisas era a pensar em mim, talvez me ajudasse a aliviar o que eu sentia... não era para ter atenção, eu escondia... só mais para a frente é que as pessoas se apercebiam do que eu fazia... a atenção dos outros não era o objectivo principal.”*

81. Revive o episódio em que se cortou com uma Gillette - *“Numa discordância com o meu marido, à noite... lembro-me que estávamos no sofá... eu dizia uma coisa... ele tinha uma opinião diferente e, aquilo, para mim... senti uma coisa cá dentro... levantei-me, fui direita à casa de banho, agarrei na Gillette e cortei o braço todo... cortei-me toda e, só depois caí em mim... chorei, chorei, chorei... [...] Tinha alturas em que me cortava pela angústia e tinha outras em que, só depois de me cortar, me apercebia e chorava... [...] Achava que a culpa era dos outros, eu fazia aquilo porque naquele momento a culpa tinha sido dele (marido), de ele me ter chateado.”*

Durante cerca de nove meses Amélia automutilou-se sistematicamente até ser internada, em Novembro, ainda com os antebraços em ferida.

82. Diz, de forma emocionada - *“Lembro-me de não ter condições para trabalhar e ficava em casa (Amélia estava de baixa psiquiátrica). Lembro-me de ficar sozinha (marido no trabalho e os filhos na sogra) e de sentir-me sozinha... [...] Pensava... que estava tão sozinha... passava os dias sentada na cadeira da cozinha... a olhar o vazio... fora de mim... (voz tremula) e a única coisa que pensava... era em cortar-me... como se estivesse entretida, como se estivesse a ocupar o meu tempo [...]. Foram muitas vezes durante os dias, entre cigarros e mais cigarros... dois maços... era como... com tanta coisa para fazer em casa, mas não fazia nada... a única coisa que fazia era ficar ali sentada na cozinha, a olhar o vazio e... cortava-me. O corte para mim era uma rotina... [...] Quando o meu marido chegava, a minha cara devia mostrar quando me cortava ou não... quando ele chegava a casa perguntava-me – ‘o que estiveste a fazer? Já estou a ver na tua cara que te cortaste’, ele notava... dizia que a minha cara estava desfigurada”*. Recorda que havia dias em que se conseguia controlar, mas outros em que não. Os olhos encovados denunciavam esses dias – *“Acho que era mesmo cara de sofrimento...”*, admite.

83. Este comportamento foi revelado, pela primeira vez, à sua médica. O marido já sabia *“porque via”* e, mais tarde, a mãe e os restantes familiares ficaram a sabê-lo. Conta que eles nunca se manifestaram sobre a sua situação - *“Acho que também não sabiam o que haviam de dizer.”* A psicóloga que a acompanhava considerou que não era aconselhável deixarem-na sozinha, então, por vezes, o seu marido aparecia de surpresa em casa, para ver como ela estava. O apoio de sua mãe foi incondicional. Era ela que a acompanhava nas idas ao hospital, mostrando-se sempre *“preocupada”* – *“A minha mãe estava-me sempre a telefonar, a saber se eu queria ir para casa dela ou se queria que ela fosse para a minha.”*

84. Revela, ainda, que na altura *“os meus filhos ficavam muitas vezes com a avó paterna. Não queria os meus filhos lá em casa. Nos dias em que me sentia pior, pedia ao meu marido para não os ir buscar... [...] Acho que ainda tinha cabeça para ver que eles não podiam estar ali... que eu podia fazer alguma asneira. Mas, de qualquer maneira, para eles não verem... ficavam lá a dormir em casa dos avós... [...] Nunca fiz mal a ninguém... foi só comigo, só comigo.”*

85. Após o sucedido, marcou uma consulta de Psiquiatria, de urgência. Quando foi atendida sentiu que a médica *“me estava a despachar, que não me estava a dar a mesma atenção caso fosse uma consulta marcada... disse-lhe que não me sentia bem e mostrei o que tinha feito... foi quando ela me deu mais atenção... [...] e a primeira coisa que ela me disse, sem fazer testes, sem fazer nada era que, na sua opinião, eu era bipolar!”*

86. Seguiram-se outras consultas em que lhe prescreveram sempre medicação – *“Houve uma vez que ela me deu o que se dá as pessoas que se drogam... Metadona. Disse-me que ajudava a aliviar... que a automutilação era um vício... disse-me que as pessoas que têm o vício do jogo também tomam essa medicação.”*. Além de Metadona, receitou-lhe outro medicamento (Amélia não se lembra do nome) que, no

conjunto, lhe fizeram uma alergia, detectada em análises feitas posteriormente. Queixou-se dos efeitos dos medicamentos e da alergia que estes lhe tinham provocado - a Psiquiatra respondeu que *“se o medicamento não tinha dado resultado e se tinha feito alergia, então eu não estava doente... ela dizia, às vezes, uma coisa e, no outro dia, dizia outra!”*.

87. Entretanto, esta médica deixou de exercer no hospital e Amélia começou a ser seguida por outra psiquiatra – que manteve até há dois anos atrás. Alterou a medicação e teve a indicação para ser internada, pois os medicamentos orais não faziam efeito. Amélia concordou e esteve internada doze dias, com medicação intravenosa. Só melhorou com a prescrição de Priadel que tem, como composto principal, o carbonato de lítio, considerado um estabilizador de humor. Além desta medicação tomou outras, mas que não surtiram tanto efeito, como por exemplo, Depakene (anticonvulsivo, utilizado no tratamento de transtorno bipolar, por exemplo), Risperidona (neuroléptico, utilizado para o tratamento de sintomas psicóticos), Rivotril (ansiolítico, eficaz no controlo da fobia social, distúrbio de pânico e nos sintomas de ansiedade).

88. Durante o seu internamento, Amélia conta que os seus filhos estiveram em casa da sua sogra e que, só perto do fim-de-semana, é que o seu marido os ia buscar pois, como trabalhava muito, só nessa altura é que tinha mais disponibilidade para estar com as crianças – *“Ele tentou estar o mais presente possível...visitaram-me... e lembro-me de ele me dizer que os ia buscar e que lhes ia fazer a sua comida favorita.”*

89. *“Eu acho que ele sabe que eu, em parte, adoeci também um pouco devido a isso... foi uma ajuda para eu ter ficado doente... e notei que depois disso ele acalmou, melhorou... controla muito mais os ciúmes”*. Explica, então, que o seu marido era *“muito ciumento e muito possessivo, desde o início do namoro... ele era ciumento ao ponto de me mexer na carteira, no telemóvel. Controlava-me, fazia-me visitas no local de trabalho... se eu ia à casa de banho, ele ia atrás!”*.

90. Amélia admite ter sofrido de um grande *“Controlo psicológico...violência psicológica muito grande... nas discussões chegava-me a chamar nomes”*. Lembra-se que ficava magoada e triste, enquanto, para ele já estava tudo bem – *“No dia a seguir, parecia que não se tinha passado nada... eu dizia-lhe que não podia ser assim, que tínhamos que conversar sobre as coisas e resolvê-las... ele respondia-me sempre ‘não há nada para conversar...’ [...] ele nunca gostou muito de conversar... de explicar... depois, as coisas não eram resolvidas, iam morrendo ao longo do tempo, as coisas acabavam por passar...”*. Quando discutiam, conta que se queria proteger, mas como *“sou muito chorona e ficava tão nervosa”*, não tinha hipótese, ele *“nem me ouvia... [...] ele tem um defeito muito grande... dá sempre uma volta à situação para me fazer sentir culpada... agora, como já o conheço bem, nem ligo”*. Hoje diz que o seu marido nunca mais teve estes comportamentos – *“Se calhar ele percebeu que eles eram uma parte do problema... que não me estavam a fazer bem!”*.

91. Revivendo esses momentos, diz que - *“Hoje quando penso, aquelas discussões, todas as manhãs, quando discutia... na altura sofria imenso com isso... tornou-se muito repetitivo. A psicóloga até conversou com ele (marido) e disse-me que não havia problema nenhum, que ele gosta bastante de mim. [...] Ele, depois, até se começou a levantar-se antes de mim, a vestir-se sem dizer nada... coitado... mas é o feitio dele, acordar mal disposto! [...] Não posso dizer que havia uma única razão. Porque também não acho que discutir com o marido seja razão. Porque sei que marido como aquele há poucos. Nunca me bateu, é muito meu amigo, carinhoso, romântico... [...] O problema, agora, é que tenho muitas alterações de humor durante o mês... não sei se tem a haver... mas, uma semana antes da menstruação, sou fria, distante, pouco tolerante, sei que sou insuportável... não tenho vontade para fazer nada... o meu marido até brinca... diz que uns dias o amo e outros não..., mas é verdade... é assim mesmo!”*

92. Questionada sobre a sua relação com o sexo masculino, Amélia refere que - *“Nesse aspecto sou muito fria... o meu marido diz que se ele não me procurar, eu não o procuro... é... não o procuro... Claro que se estiver no sofá com ele, estou encostada a ele... aquelas coisas normais... Normalmente, para termos relação sexuais, não sei... tornou-se um hábito... um hábito ser ele a me procurar... senão eu não o procuro... e não é por não sentir desejo por ele... acho que se tornou um hábito... mas não é por mal... é mesmo uma rotina que criamos... é de mim... não sou uma pessoa de procurar...”*

93. Traduz estes dias “menos bons” como dias em que lhe apetece “desaparecer, ficar em casa, sem barulho, isolada, por completo... eu sempre gostei muito de estar sozinha... mas, naqueles dias em que estou mais em baixo, é sozinha que quero estar... [...] Há dias em que acordo e estou assim... e há outros em que fico assim ao longo do dia.”. Os “dias normais” são dias tranquilos, em que se sente bem e sem grandes euforias.

94. Admite - *“Vida amorosa ideal? Eu sou feliz com o meu casamento, com os meus filhos... mas eu gosto muito da minha independência... já os conflitos que tive em miúda era por querer ser independente demais, cedo de mais... e aconteceu também no início do casamento... para mim a adaptação do casamento... eu tava habituada a fazer tudo o que me apetecia... sair quando me apetecia... depois de casar as coisas mudaram... senti... foi difícil, foi muito difícil para mim... adaptar-me... ainda sentia aquela necessidade de sair à noite com os meus amigos... o meu marido nunca foi de... sempre achou mal... dizia ‘estás casada... não tens que sair à noite’... mas eu gostava dele... mas foi difícil a adaptação... Um ano depois de casados... ainda sentia necessidade de ir ter com uma amiga... então saía... fi-lo algumas vezes... mas depois deixei de o fazer...”*

95. Depois de sair do internamento, ficou de baixa médica até Fevereiro de 2009, altura em que começou a trabalhar o que a distraiu e motivou. Os cortes foram sarando. Revela que ainda se cortou algumas vezes, mas que o comportamento cessou após um episódio que a marcou muito. Nas idas às consultas de psiquiatria, a mãe acompanhava-a e houve uma altura em que começou a estar presente durante as mesmas. Numa dessas vezes, Ana relata à psiquiatra, como se sente face à situação clínica da filha - *“Começou a falar com a psiquiatra, ao meu lado... que se sentia*

muito cansada... em me acompanhar... que também já não estava a ficar bem da cabeça... em desgaste... e eu senti-me, na altura, como se ela estivesse a... [silêncio]. Eu pensei - 'Estás aqui, mas não estás de boa vontade... estás como se estivesse a fazer-me um favor!'. Aquilo para mim foi... eu sei que a partir desse momento... eu mudei completamente... pensava - 'isto tem que acabar... não pode ser assim...' [...] Tinha que ser eu a fazer alguma coisa por mim, se não fosse eu a ajudar-me a mim mesma, não ia ser mais ninguém... nem a minha mãe, nem a psiquiatra."

[Nesta altura, Amélia comove-se. Pede desculpa e prossegue, numa postura um pouco menos controlada, diferente daquela com que me tem vindo a habituar. As lágrimas que enchem os seus olhos não caem. Amélia estabiliza-as com um lenço de papel.]

96. *"A partir daqui acho que mudou..."*

[Voz trémula. Pede outro lenço, mas agora já para limpar as lágrimas de seu rosto. Uns segundos de silêncio.]

97. Retoma - *"Senti-me traída... e, a partir dessa altura, senti que mudei... comecei a não dar tanta importância às coisas... Senti que, além de eu sofrer, estava a fazer sofrer os outros e parecia que as pessoas estavam ali só por ser obrigação... [Silêncio] ... Desde esse dia senti que mudei... mais fria, não dar tanta importância às coisas... Isolei-me mais... Acho que para mim... agora há certas coisas que, para mim, são indiferentes."*

98. Explica, com exemplos práticos, numa voz que se mantém trémula - *"Há coisas que, se calhar, antes mexiam comigo e agora são indiferentes... por exemplo, em casa, antes chorava e chorava...e sentia-me mais aliviada... agora é mais 'Fala para aí... quero lá saber... podes falar à vontade...' Sinto que foi aí... na altura que estava doente, não falava com o meu irmão há cinco anos, porque tivemos uma discussão... estava eu grávida do João... e estávamos a discutir... e ele empurrou-me... e eu caio para cima do sofá. [Silêncio. Chora.] Tivemos cinco anos sem nos falarmos e, quando estive doente, sentia a falta dele [Voz trémula] e sabia que ele sentia a minha. Quando estive doente, ele procurou-me e fizemos as pazes... sinto que, depois daquele episódio, se fosse hoje... se calhar pensava 'não queres falar não fales'... e assim não teria feito as pazes, se calhar."* [...] *Outro exemplo, em casa. Antes, tudo me fazia confusão... a desarrumação, o barulho das crianças... hoje não. Hoje deixo-os fazer, deixo-os desarrumar... só para não ter que me chatear ou os aborrecer. [Chora] chego a um ponto em que não ligo mais, não digo nada, só para não ter que me chatear... faço eu, não peço ajuda... [Chora]... Agora, em casa, se não me apetecer fazer uma coisa não fico preocupada com isso, não a faço!"*

99. Comovida, relembra - *"Eu, quando era mais nova, ainda solteira, tive um gato que adorava... mas que morreu. Quando a Matilde fez dois anos, como gostei tanto de ter um gato, oferecemos-lhe um. O gato já tem onze anos, mas não consigo sentir amor por ele... [Comove-se] ... Acho que, quando sofro com alguma*

coisa... com coisas idênticas... não sinto nada... não consigo sentir nada de novo. Não consigo dar-lhe uma festa, agarrá-lo, nada... [Chora] ”.

100. Apesar desta indiferença de que fala, Amélia diz que foi pelo que sucedeu na consulta que parou de se cortar. Refere que parou de tomar a medicação no final de 2009, devido à sua psiquiatra deixar de dar consultas no hospital e quando, com o seu novo médico, só conseguiu criar um vínculo fraco que, aliado à vontade de deixar de tomar medicação, a levou, gradualmente, a deixar de comparecer às consultas. Há quase três anos sem ser medicada, Amélia diz que se sente bem, *“tenho os meus altos e baixos, como sempre, mas nunca mais tive aquele desespero...”*.

101. Sente que a relação com os seus filhos ficou prejudicada e revela um sentimento de mágoa – *“Fico triste... foi um ano que perdi da vida deles, da educação deles... do João perdi aquela passagem dos dois para os três anos... e, em relação à Matilde, custa-me por ver que ela percebeu... ela ainda há pouco tempo me contou que chorou quando eu estive internada... e agora, quando tive que ir ao hospital (o mesmo onde estive internada), ela recordou-se do local... pronto, fico triste por ela se ter apercebido da situação e não esquecer. Se calhar ela, por se mais velhinha... é diferente... ela já me perguntou sobre os cortes... e eu disse-lhe que foi uma vez que fui trabalhar com o pai (que é jardineiro) e que me tinha aleijado... não lhe conto a verdade... o João... é pequenino ainda. Foi um ano importante que eu perdi... era bom que não tivesse sido assim...”*.

102. Interrogada sobre como os seus filhos estão, Amélia refere que com o mais novo *“está tudo bem...mas com a Matilde... ela começou a andar um bocadinho nervosa por causa dos testes... ela é uma miúda que pensa muito no amanhã... e tem andando assim um pouco nervosa... estuda-me dez horas seguidas... e eu noto-a muito cansada... Queixou-se que sente o coração muito acelerado... eu decidi ir ao médico com ela e o médico disse que era tudo psicológico e se havia alguém com depressões na família e eu disse ‘eu...tenho tendência para isso...’ [...] o médico disse que ela parecia estar com um quadro inicial de depressão... e então vou com ela à psicóloga... há coisas que se calhar ela não me diz...vamos ver... Revejo-me nela, em alguns aspectos, ela é muito caladinha... eu também era... e sou, ainda hoje sou... ela é tímida, eu também só... revejo-me em muita coisa...”*.

103. Ao ser questionada sobre como seria a sua vida ideal Amélia menciona – *“a nível ideal... eu sinto-me.. pronto... para mim, a nível familiar, os meus filhos e o meu marido... para mim acho que é a vida ideal... aquela que eu tenho é a vida ideal... eu estou feliz com a vida que tenho... mas não me importava de ter mais um ou dois filhos... sempre disse que acho que nasci para ser mãe... porque gosto mesmo de o ser! [...] Nunca pensei muito nessas coisas...em casar, ter filhos...Sempre vive muito no presente, sem pensar no meu futuro... A minha mãe até me dizia que eu dizia que não me iria casar, que ia ficar na casa deles... se calhar, pensava isso... para não ter aquela obrigação... de estar casada... lá está...! De perder a minha independência. Eu sempre fui muito independente! Mas quando comecei a namorar com o meu marido... namoramos dois anos e*

meio... depois de namorarmos um ano, começou aquele bichinho de ser mãe... foi aí que despertou... querer casar, ter filhos... porque até lá não pensava nisso... mas claro... gostava de uma casa maior, que não fosse um apartamento... que tivesse um jardim, baloiços para os miúdos brincarem..., uma piscina... acho que toda a gente sonha com isso. Mas não tenho assim sonhos muito altos...! Eu moro onde moro, desde que me casei... e desde aí que a casa precisava de uma série de obras e só este ano as consegui fazer... e isso foi algo com que sempre sonhei e este ano consegui fazer. Fico satisfeita com isso... mais que isso, era ter uma casa maior...!”

104. Actualmente, a sua rotina passa por, depois do trabalho, ir buscar os filhos à escola, tratar das tarefas domésticas, do jantar e, à noite, relaxar no sofá, junto com o marido – “*Também tenho direito!*”, afirma, a sorrir. Contudo, mesmo quando está sentada a descansar, admite que não aguenta muito tempo sem se levantar para ir à casa de banho, ir buscar algo para comer ou ver os filhos que já estão a dormir – “*Não consigo é estar quieta. Um exemplo – às vezes, na escola, quando vou lá fora fumar, tenho noção que estou a fumar depressa só para não estar ali parada.*”.

105. Afirma que o seu “desporto” é a lida da casa, pois a “*alivia o stress, ansiedade e é como um refúgio*” e “*às vezes, quando discuto com o meu marido, antes de começar a ‘disparatar’, começo a limpar, a limpar, a limpar*”. Sente que, este tipo de registo, se aplica à sua vida e a tudo o que faz - “*Às vezes estou a limpar alguma coisa, em casa, e paro o que estou a fazer para ir estender a roupa, sinto que não consigo estar parada e nem consigo fazer uma coisa seguida... e sempre foi assim*”.

106. Diz, ainda, que, caso tivesse tempo, adorava poder passear “*andar na rua, [...] se eu não fosse casada, depois de jantar, ia para a rua... não consigo estar parada, ao menos na rua há movimento, distraio-me... em casa, as vezes, sinto-me ‘abafada’*. O momento em que gostei de ficar em casa foi quando estive doente... Muitas coisas que mudaram depois da doença e uma delas é o movimento, já não o suporto tão bem”.

107. Admite adorar o seu trabalho, pois está sempre “*em movimento... mexo as mãos, não estou parada!*”, e refere que o trabalho ideal seria “*talvez trabalhar com computadores... apesar de gostar muito de papel e trabalhar com coisas que sejam de escrever...!*”.

108. Depois de melhorar o seu estado clínico, começou a não tolerar “*as manifestações, os concertos, o movimento das pessoas... todas juntas... isso é que não!*”. Explica que “*quando eu fiquei doente, ir ao supermercado ou a um centro comercial, fazia-me confusão... não conseguia mesmo!... Sentia-me sufocada, parecia que não podia respirar... mesmo aquela sensação de pânico*”. Hoje, já não sente estas sensações com tanta intensidade, contudo grandes concentrações de pessoas continuam-lhe a “*fazer confusão ... Hoje não vou a um concerto... acho que não me vou sentir bem, não procuro grandes confusões...afasto-me*”. Admite – “*Acho que estou melhor, mas depois de estar doente nunca tentei!*”.

109. Reflecte – “*Acho que estou melhor... não tenho dito muitos momentos depressivos... estou bem melhor... Por um lado, se for Lúpus, tenho a explicação para as alterações de humor, para a minha depressão, para as minhas dores... há uma razão, e isso acalma... É como eu digo... o único sintoma que tenho são as*

nódoas negras, nas pernas... de resto sinto-me bem! Mas, por outro lado, não deixa de ser uma doença auto-imune e muito complicada... e esteticamente, estas nódoas negras... o mesmo está a acontecer com as cicatrizes...”

110. Admite que a relação com o seu corpo, depois de “*ter estado doente*” mudou, no sentido em que “*no verão custa-me um bocadinho estar com os braços à mostra...há sempre pessoas que reparam e,... sinto uma certa vergonha de mostrar os braços... [...] no início não me faziam confusão, mas hoje já me sinto mal... na escola, os miúdos perguntam o que é... eu respondo que foi um gato... mas já chateia, incomodam-me... deixam-me pouco à vontade... estou a pensar em fazer uma tatuagem para as tapar... Por exemplo, o nome dos meus filhos ou algo feminino, como uma borboleta... já começo a ter vergonha disto... mas quando estava doente não sentia. No início até pensava ‘foi uma época menos boa da minha vida’ mas, agora, já me começo a sentir pouco à vontade... mas, neste momento, aquilo que mais sinto, em relação ao meu corpo, são as nódoas negras... tanto que nem visto saias... ou vou à praia... só se estiver numa fase em que tenho as pernas mais limpas... é a única coisa com que me sinto incomodada...*”. Ao ser sondada sobre os sentimentos que tem face às cicatrizes e às nodoas negras admite que “*não são iguais... os braços sinto como vergonha... as pernas não é bem vergonha... nas pernas não fui eu que fiz... foi uma consequência... e nos braços fui eu fiz e penso ‘podia não ter feito... eu tenho isto porque eu o fiz’... e nas pernas não... O que eu sinto!? Sinto que não tenho culpa de ter assim as pernas... uma pessoa sente-se incomodada!*”.

Hoje, depois de uma jornada conturbada, Amélia tem o seu diagnóstico clínico em aberto. Além da confirmação que espera foi diagnosticada, quando teve internada, com Perturbação Depressiva Recorrente (CID- 10²: F 33, OMS³, 1992).

² Classificação Internacional de Doenças

³ Organização Mundial de Saúde

A. Paterno	a) A relação	<p>“Menina do papá” (P4)</p> <p>“Sentimento de amor nunca foi posto em causa.... [...] Compensava quando voltava” (P4)</p> <p style="text-align: right;">Legenda: P – Paraorato</p> <p>“ Ele era carinhoso, amigo e tolerante” (P4)</p> <p>“Já com o meu pai era diferente... recordo-me de que o meu pai era quem fazia isso... (brincar, beijar)” (P7)</p> <p>“Tenho a memória do colo, do abraço... lembro-me de ele me dizer ‘Amélinha... anda para o colo do pai’...” (P8)</p> <p>Demonstrava sempre o “orgulho” que sentia pelos filhos (P9)</p> <p>“ Nós nunca fomos habituados, nunca fez parte da nossa família aqueles abraços e beijinhos. Gostamos muito uns dos outros mas nunca o demonstrávamos dessa forma. Não era hábito fazer isso.</p> <p>Só quando o meu pai vinha de fora é que chegava e pedia beijinhos a todos... [...] Quando eu queria obter um ‘sim’ como resposta, procurava-o a ele primeiro.” (P12)</p> <p>“Tinha deztoito anos quando se descobriu que o meu pai estava doente... Foi devido a uma cirrose hepática, porque ele tinha um cancro no pâncreas.” (P36)</p> <p>“Como a maior perda da minha vida... [...] pedia a Deus para que o levasse, para ele não estar a sofrer tanto...” (P37)</p> <p>“Escrevo-lhe pequenas cartas, na esperança que ele nos ouça.” (P38)</p>
------------	--------------	--

	b)Características Atribuídas	<p>“Ele era carinhoso, amigo e tolerante” (P4)</p> <p>“No meu pai não mudava nada... mesmo nada!” (P11)</p>
B. O Materno	a) A relação	<p>“É daquelas mães que a gente chega a casa, da escola, e temos o comer pronto!” (P6)</p> <p>“É mais para os netos do que foi para os filhos, [...] em termos de carinho. Não tenho nenhuma recordação do colo da minha mãe ou de um abraço mas, ela, com os netos é completamente diferente [...] em termos de carinho” (P7)</p> <p>“A minha mãe... o modo dela é diferente... é muito preocupada, sempre a ligar a saber de nós... é o feitio dela” (P7)</p> <p>“Nós nunca fomos habituados, nunca fez parte da nossa família aqueles abraços e beijinhos. Gostamos muito uns dos outros mas nunca o demonstrávamos dessa forma. Não era hábito fazer isso.” (P12)</p> <p>“A minha mãe já era diferente, já levávamos uma palmada de vez em quando, mas eu compreendo porque era ela que estava a gerir aquilo tudo”(P12)</p> <p>“A minha mãe diz-me que sabe que, se precisar de alguma coisa, é comigo que pode contar e eu sei que, se precisar de alguma coisa, também a posso procurar...” (P14)</p> <p>“A minha mãe, depois de ter ficado sozinha e dos netos nascerem, mudou... mudou completamente... era uma pessoa mais fria... com os netos mudou... ela faz coisas aos netos que não fez aos filhos... não foi só pela minha doença... foi por tudo, ela mudou” (P15)</p> <p>“Parece que houve uma repetição do que a minha avó foi com a minha mãe e do que ela foi para mim... assim como em relação aos netos.” (P15)</p> <p>“Ficámos mais distantes... isolámo-nos.” (P40)</p> <p>“Preocupada [...] A minha mãe estava-me sempre a telefonar, a saber se eu queria ir para casa dela ou se queria que ela fosse para a minha.”.(P84)</p>
	b)Características Atribuídas	<p>“Firme, rígida, um pouco controladora e comodista” (P7)</p> <p>“Mãe galinha” (P7)</p> <p>“Pouco tolerante” (P8)</p> <p>“O pilar da casa, devido à ausência do meu pai, era ela que ditava as regras a mim e aos meus irmãos” (P10)</p> <p>“É o meu apoio, a minha confidente”(P14)</p>
C. Relações Afectivas	a) Marido: Relação e Características atribuídas	<p>“Para mim, as pessoas mais significativas é o meu marido e os meus filhos...” (P11)</p> <p>“Muito trabalhador, carinhoso, sincero e com os pés assentes no chão” [...] “namoro foi normal” (P49)</p> <p>“Casei-me grávida de seis meses, foi um dia muito feliz!”. (P50)</p>

		<p><i>“ O meu marido acorda, de manhã, sempre muito mal disposto... a gente não lhe pode dizer nada... gera-se logo uma discussão... e eu já estava tão aborrecida com aquilo, todos os dias a mesma coisa”. (P71)</i></p> <p><i>“Ele (marido) tentou estar o mais presente possível...visitaram-me... e lembro-me de ele me dizer que os ia buscar e que lhes ia fazer a sua comida favorita.” (P89)</i></p> <p><i>“Eu acho que ele sabe que eu, em parte, adoeci também um pouco devido a isso... foi uma ajuda para eu ter ficado doente... e notei que depois disso ele acalmou, melhorou... controla muito mais os ciúmes” (P90)</i></p> <p><i>“Controlo psicológico...violência psicológica muito grande... nas discussões chegava-me a chamar nomes...[...] nem me ouvia... [...] ele tem um defeito muito grande... dá sempre uma volta à situação para me fazer sentir culpada... agora, como já o conheço bem, nem ligo [...] Se calhar ele percebeu que eles eram uma parte do problema... que não me estavam a fazer bem!”.(P91)</i></p> <p><i>“Hoje quando penso, aquelas discussões, todas as manhãs, quando discutia... na altura sofria imenso com isso... tornou-se muito repetitivo.[...] O meu marido até brinca... diz que uns dias o amo e outros não..., mas é verdade... é assim mesmo (devido às alterações de humor)!” (P92)</i></p> <p><i>” (P92)</i></p> <p><i>“Nesse aspecto sou muito fria... o meu marido diz que se ele não me procurar, eu não o procuro... é... não o procuro...” (P93)</i></p>
	b)Filhos: Relação e Características atribuídas	<p><i>“Nunca fomos uma família de afecto... se calhar... é mesmo do meu feitio... não fui habituada àquilo... mas com os meus filhos já é diferente!” (P12)</i></p> <p><i>“Gravidezes foram os períodos mais felizes [...] no sétimo céu, estava tudo muito bem... sem angústia, sem cansaço, sem desespero (sobre as gravidezes)” (P52)</i></p> <p>Descreve João como o seu “<i>companheiro</i>” e a Matilde como sendo uma criança muito sensível face aos problemas dos outros e que “<i>tem uma personalidade muito forte, é muito dura... quando eu ralho, ela não chora, fica ali... firme, ouve... mas não deita uma lágrima! [...] Ele é mais tímido e não dá muita confiança quando não conhece as pessoas... depois é muito meloso. Ela é muito boa aluna, dedicada e esforçada. Ele, por seu lado, já só faz o que quer...</i>” (P56)</p> <p><i>“Custou-me muito... estava-me a separar... foi uma angústia muito grande... do infantário para a primária também me custou bastante... pensar como ela se ia habituar, a sua transição... ficava ansiosa! (sobre a ida da filha para o infantário) [...] “ No 5º mês de gravidez (do João) começaram os problemas –</i></p>

		<p>dores nas pernas, imensas nódoas negras, plaquetas baixas, púrpura”. (P58)</p> <p>“Fico triste... foi um ano que perdi da vida deles, da educação deles...[...] . Foi um ano importante que eu perdi... era bom que não tivesse sido assim...” (P102)</p> <p>“Revejo-me nela (filha), em alguns aspectos, ela é muito caladinha... eu também era... e sou, ainda hoje sou... ela é tímida, eu também só... revejo-me em muita coisa...” (P103).</p> <p>“Nasci para ser mãe... porque gosto mesmo de o ser!” (P104)</p>
	c)irmãos: Relação e Características atribuídas	<p>“Porque pronto, a nossa relação... nunca foi próxima... eramos mais em crianças, mas agora... cada um foi para seu lado... estamos juntos no natal, mas durante o ano se for preciso não dizemos nada uns aos outros” (P11)</p> <p>“Mostravam um amor igual para cada um de nós.” (P12)</p> <p>“Quer dizer, preocupamo-nos uns com os outros, mas não somos daqueles irmãos que se telefonam diariamente mas, quando acontece uma coisa má, estamos lá uns para os outros. [...] Nunca foram “compinchas”. Considera a sua irmã uma pessoa insegura, arrogante mas “com bom coração” e o seu irmão “com um bom coração e uma pessoa generosa, porque gosta de ajudar os outros, mas tem uma coisa que detesto... é gabar-se do que tem, da vida que tem, do carro que tem, da casa que tem.” (P13)</p> <p>“Tivemos (Amélia e irmão) cinco anos sem nos falarmos e, quando estive doente, sentia a falta dele [Voz trémula] e sabia que ele sentia a minha. Quando estive doente, ele procurou-me e fizemos as pazes...” (P99)</p>
D. Roturas	a)Académicas/ Profissionais	<p>Sucessivas reprovações marcaram esta fase – dos 11 aos 16 anos (P21)</p> <p>“Estar na escola era muito sério e sentia-me enjaulada.” (P21)</p> <p>“Não acabei a escola, pois não conseguia conciliar com o trabalho ou porque nesse dia não me apetecia ir à escola e ficava com o namorado ou com os amigos.” (P30)</p> <p>“Eu gostava de ter sido polícia... e o meu pai perguntou-me porque não tentava... Mas, com receio de falhar mais uma vez, não o fiz” (P39)</p> <p>“Na escola não era estúpida nenhuma... eu, se metesse uma coisa na cabeça, conseguia?” (P42)</p>
	b)De Contextos	<p>“Tinha oito anos, e mudamo-nos para lisboa” (P17)</p> <p>“No dia em que soube que ia mudar de casa, fugi. Estive dois dias em casa dos pais do meu namorado, sem que os meus pais soubessem de nada, foi uma situação complicada, porque os meus pais envolveram a polícia.”. (P26)</p> <p>Devido a questões financeiras, a família mudou-se de Lisboa para</p>

		<p>Setúbal (P29)... [...] fez novas amizades e, com elas, novos <i>hobbies</i>. As saídas à noite foram trocadas pelo desporto que sempre fizera até então. (P31)</p> <p>Mudança da família de novo para Lisboa (P42)</p>
E. <i>A Imagem Corporal</i>	a) Percepção	<p>“Gosto de ser como sou... Mas desde miúda... aquilo que mais me incomodava eram as borbulhas... [...] (P23)</p>
	b) Sexualidade	<p>“Normalmente, para termos relações sexuais, não sei... tornou-se um hábito... um hábito ser ele a me procurar... senão eu não o procuro... e não é por não sentir desejo por ele... acho que se tornou um hábito... mas não é por mal... é mesmo uma rotina que criamos... é de mim... não sou uma pessoa de procurar...” (P93)</p>
	c) Relação com o Corpo	<p>“Comecei desde muito cedo a pintar-me, para disfarçar com base... comprava produtos para por... isto desde os meus 16 anos” (P23)</p> <p>“Gozavam comigo por ser maria-rapaz e por ser muito magrinha... era mesmo muito magrinha... e aquele aspecto magro, de cabelo curto... dava mesmo ar de maria rapaz e, às vezes gozavam... essas coisas incomodavam-me...! [...] Foi das coisas que acho que nunca tive... há aquelas pessoas que não gostam (do corpo) ... mas eu não... a única coisa que nunca gostei foram as borbulhas... e o cabelo curto” (P23)</p> <p>“No verão custa-me um bocadinho estar com os braços à mostra... há sempre pessoas que reparam e, ... sinto uma certa vergonha de mostrar os braços... [...] no início não me faziam confusão, mas hoje já me sinto mal... na escola, os miúdos perguntam o que é... eu respondo que foi um gato... mas já chateia, incomodam-me... deixam-me pouco à vontade... estou a pensar em fazer uma tatuagem para as tapar.. [...] Já começo a ter vergonha disto... mas quando estava doente não sentia. No início até pensava ‘foi uma época menos boa da minha vida’ mas, agora, já me começo a sentir pouco à vontade... mas, neste momento, aquilo que mais sinto, em relação ao meu corpo, são as nódoas negras... tanto que nem visto saias... ou vou à praia... só se estiver numa fase em que tenho as pernas mais limpas... é a única coisa com que me sinto incomodada...” (P111)</p>
F. <i>Idealização do Futuro</i>	a) O Si idealizado	<p>“Eu gosto de ser como sou... sei lá... (silêncio). Gostaria de ter... sei lá... mais coragem para dizer certas coisas... às vezes acho que tenho vontade de dizer... mas primeiro penso... ser mais impulsiva, sei lá... se calhar não guardar tanta coisa</p>

		<i>para mim... se calhar, quando “discuto” com alguém... dizer as verdades às pessoas... às vezes controlo-me um bocadinho... ou com medo de me magoar... e às vezes acabo-me por me magoar a mim... às vezes penso – ‘se eu tivesse dito...’... mas isto são coisas que eu não penso muito... sei lá...Eu gosto de ser como sou a nível psicológico.” (P1)</i>
	b) A Vida Ideal	<i>“ A nível ideal... eu sinto-me.. pronto... para mim, a nível familiar, os meus filhos e o meu marido... para mim acho que é a vida ideal... aquela que eu tenho é a vida ideal... eu estou feliz com a vida que tenho... mas não me importava de ter mais um ou dois filhos... sempre disse que acho que nasci para ser mãe... porque gosto mesmo de o ser! [...] Nunca pensei muito nessas coisas...em casar, ter filhos...”(P104)</i> <i>“Andar na rua, [...] se eu não fosse casada, depois de jantar, ia para a rua... não consigo estar parada, ao menos na rua há movimento, distraio-me... em casa, as vezes, sinto-me ‘abafada’. (P107)</i>
	c) A Casa Ideal	<i>“Gostava de uma casa maior, que não fosse um apartamento... que tivesse um jardim, baloiços para os miúdos brincarem..., uma piscina... acho que toda a gente sonha com isso. Mas não tenho assim sonhos muito altos...! Eu moro onde moro, desde que me casei... e desde aí que a casa precisava de uma série de obras e só este ano as consegui fazer... e isso foi algo com que sempre sonhei e este ano consegui fazer. Fico satisfeita com isso... mais que isso, era ter uma casa maior...” (P104)</i>
	b)Vida Profissional Ideal	<i>“Talvez trabalhar com computadores... apesar de gostar muito de papel e trabalhar com coisas que sejam de escrever” (P108)</i>
	c)Relação amorosa ideal	<i>“Vida amorosa ideal? Eu sou feliz com o meu casamento, com os meus filhos... mas eu gosto muito da minha independência...[...]para mim a adaptação do casamento... eu tava habituada a fazer tudo o que me apetecia... sair quando me apetecia... depois de casar as coisas mudaram... senti... foi difícil, foi muito difícil para mim... adaptar-me... ainda sentia aquela necessidade de sair à noite com os meus amigos... o meu marido nunca foi de... sempre achou mal... dizia ‘estás casada... não tens que sair à noite’... mas eu gostava dele...mas foi difícil a adaptação” (P65)</i>
G. Traços depressivos	a) Necessidade de Aprovação	<i>“O trabalho que eu faço... eu sei que é elogiado... e uma pessoa gosta de receber esses elogios, se eu não fosse assim no trabalho, se calhar não os recebia” (P48)</i> <i>“Eu gosto de fazer tudo ali muito certinho... considero-me uma pessoa organizada no trabalho” (P48)</i>
	b)Desprendimento	<i>“Tornei-me muito menos tolerante... sentia-me tão cansada...”(P76)</i>

		<p><i>“Antes chorava e chorava...e sentia-me mais aliviada... agora é mais Fala para aí... quero lá saber... podes falar à vontade...[...]Chego a um ponto em que não ligo mais, não digo nada, só para não ter que me chatear... faço eu, não peço ajuda... [...]Antes, tudo me fazia confusão... a desarrumação, o barulho das crianças... hoje não. Hoje deixo-os fazer, deixo-os desarrumar... só para não ter que me chatear ou os aborrecer. [Chora] chego a um ponto em que não ligo mais, não digo nada, só para não ter que me chatear... faço eu, não peço ajuda!”(P99)</i></p>
	c) Sentimentos de tristeza	<p><i>“Grande angústia” e “tristeza” – “Foi mesmo o meu limite... um cansaço... eu, às vezes, até digo... eu acho que estive doente por causa de um esgotamento... estava mesmo esgotada, cansada... não dava mais!”. (P77)</i></p> <p><i>“Senti-me a adoecer, sem sentir que havia um motivo para tal!” (P65)</i></p> <p><i>“Acho que, quando sofro com alguma coisa... com coisas idênticas... não sinto nada... não consigo sentir nada de novo. Não consigo dar-lhe uma festa, agarrá-lo, nada... (ao gato)” (P100)</i></p>
	d) Isolamento	<p><i>“Metia-me no canto do quarto, sentada com a cabeça entre os joelhos, e chorava, chorava, chorava [...] era um grande sofrimento” (P22)</i></p> <p><i>“Guardei sempre tudo muito para mim... não contava nada aos meus pais... nem com a minha mãe, era mesmo com a amiga que tinha... a única coisa que eu dizia era quando queria ir sair, mas falar, falar... não falava.” (P32)</i></p> <p><i>“Lembro-me de ficar sozinha (marido no trabalho e os filhos na sogra) e de sentir-me sozinha... [...] Pensava... que estava tão sozinha... passava os dias sentada na cadeira da cozinha... a olhar o vazio... fora de mim... (voz trémula) e a única coisa que pensava... era em cortar-me... como se estivesse entretida, como se estivesse a ocupar o meu tempo [...] (P.83)</i></p> <p><i>“Desaparecer, ficar em casa, sem barulho, isolada, por completo... eu sempre gostei muito de estar sozinha...mas, naqueles dias em que estou mais em baixo, é sozinha que quero estar... [...] Há dias em que acordo e estou assim... e há outros em que fico assim ao longo do dia.” (P94)</i></p> <p><i>“Desde esse dia senti que mudei... mais fria, não dar tanta importância às coisas... Isolei-me mais... Acho que para mim... agora há certas coisas que, para mim, são indiferentes.” (P.98)</i></p>
	e) Sentimentos de Culpa	<p><i>“Achava que a culpa era dos outros, eu fazia aquilo porque naquele momento a culpa tinha sido dele (marido), de ele me ter chateado.” (P82)</i></p> <p><i>“Pensava: ‘Mas porquê é que eu fui fazer isto?’” (P78)</i></p>

		<p><i>“Nunca fiz mal a ninguém... foi só comigo, só comigo.” (P. 85)</i></p> <p><i>“Aquilo para mim foi... eu sei que a partir desse momento... eu mudei completamente... pensava – ‘isto tem que acabar... não pode ser assim...’ [...] Tinha que ser eu a fazer alguma coisa por mim, se não fosse eu a ajudar-me a mim mesma, não ia ser mais ninguém... nem a minha mãe, nem a psiquiatra.” (P96)</i></p> <p><i>“Senti que, além de eu sofrer, estava a fazer sofrer os outros e parecia que as pessoas estavam ali só por ser obrigação” (P98)</i></p> <p><i>“Fico triste... foi um ano que perdi da vida deles, da educação deles [...]. Foi um ano importante que eu perdi... era bom que não tivesse sido assim...” (P102)</i></p> <p><i>“Pensava: Mas porquê é que eu fui fazer isto...?”(P78)</i></p> <p><i>“Não são iguais... os braços sinto como vergonha... as pernas não é bem vergonha... nas pernas não fui eu que fiz... foi uma consequência... e nos braços fui eu fiz e penso ‘podia não ter feito... eu tenho isto porque eu o fiz’... e nas pernas não... O que eu sinto!? Sinto que não tenho culpa de ter assim as pernas... uma pessoa sente-se incomodada!” (P111)</i></p>
H. Características Borderline	a) Angústia de Separação	<p><i>“Nunca consegui parar de fazer isto. [...] Se estiver a fazer alguma coisa e se passar a mão numa almofada ou num lençol, não resisto, vou lá... estou num mundo à parte, como se nada estivesse à minha volta, fico imóvel e estática, o meu olhar parece longe e que essa sensação é como um alívio, para o stress e ansiedade.” (P46)</i></p> <p><i>“Custou-me muito... estava-me a separar... foi uma angústia muito grande... do infantário para a primária também me custou bastante... pensar como ela se ia habituar, a sua transição... ficava ansiosa!” (P53)</i></p>
	b) Comportamento Autodestrutivos	<p>Quanto a recordações e a situações mais negativas, confessa que, muitas vezes, não se recorda pois, <i>“parece que foram apagados da minha memória por magia.” (P10)</i></p> <p><i>Eu na altura estava a cozinhar... Estava a cozinhar e sentia-me assim mal, ansiosa, foi tipo um acto impulsivo... Nem sei bem como é que fiz... [...] Não me lembro se estava a chorar ou se não estava... foi um impulso... e cortei-me [...] Eu acho que foi mesmo a angústia... Eu estar doente, sentir-me doente e não saber o porquê. Uma pessoa chega a um ponto que desespera... Sei lá... Uma angústia tão grande, uma dor tão grande que... olha... a gente... pronto... na minha ideia eu cortava-me e a dor que eu sentia aqui (aponta para o braço), não sentia aqui dentro (coloca a mão no peito).” (P75)</i></p> <p><i>“Levantei-me, fui direita à casa de banho, agarrei na Gillette e cortei o braço todo...”</i></p>

		<i> cortei-me toda e, só depois caí em mim... chorei, chorei, chorei...”(P82)</i>
	c)Procura do Afecto	<p><i>“Metia-me no canto do quarto, sentada com a cabeça entre os joelhos, e chorava, chorava, chorava [...] era um grande sofrimento” (P22)</i></p> <p><i>“No dia em que soube que ia mudar de casa, fugi. Estive dois dias em casa dos pais do meu namorado, sem que os meus pais soubessem de nada, foi uma situação complicada, porque os meus pais envolveram a polícia.”.(P26)</i></p> <p><i>“Eu chorei, esperneeiei, gritei de tal forma que a minha mãe me levou ao hospital a uma consulta de urgência.” (P32)</i></p> <p><i>“Escrevo-lhe pequenas cartas, na esperança que ele nos ouça.” (P38)</i></p> <p><i>“Nunca consegui parar de fazer isto. [...] Se estiver a fazer alguma coisa e se passar a mão numa almofada ou num lençol, não resisto, vou lá... estou num mundo à parte, como se nada estivesse à minha volta, fico imóvel e estática, o meu olhar parece longe e que essa sensação é como um alívio, para o stress e ansiedade.” (P46)</i></p> <p><i>“Quando o meu marido chegava, a minha cara devia mostrar quando me cortava ou não... quando ele chegava a casa perguntava-me – ‘o que estiveste a fazer? Já estou a ver na tua cara que te cortaste’, ele notava... dizia que a minha cara estava desfigurada” (P83)</i></p>
	d)Angústias claustro e agorafóbicas	<p><i>“Muitas coisas que mudaram depois da doença e uma delas é o movimento, já não o suporto tão bem” (P107)</i></p> <p><i>o meu marido até brinca... diz que uns dias o amo e outros não...(P91)</i></p> <p>Depois de melhorar o seu estado clínico, começou a não tolerar <i>“as manifestações, os concertos, o movimento das pessoas... todas juntas... isso é que não!” (...)</i> quando eu fiquei doente, ir ao supermercado ou a um centro comercial, <i>fazia-me confusão...não conseguia mesmo!... Sentia-me sufocada, parecia que não podia respirar...mesmo aquela sensação de pânico”.</i> (P109)</p>

	e)Regras	<p><i>“Tinha sempre que seguir as regras dela... senão ela ralhava... lembro-me de uma vez de ela ralhar tanto... estar sempre a bater naquela tecla... lembro-me de sentir uma sensação de desmaio... de desligamento...aquela coisa... senti-me mesmo mal...”</i> (P11)</p> <p><i>“Quando quero ir a algum sítio e o meu marido não quer ir, ou não concorda, custa-me imenso... quando eu tenho a minha opinião e ele tem a dele... custa-me quando a minha não prevalece!”</i>(P22)</p> <p><i>“Se era a única forma de ter liberdade, de fazer o que queria, tinha que ser assim... nunca gostei de me sentir presa. Dou muito valor à independência.”</i> (P28)</p> <p><i>“Eu meti na cabeça que não dizia, que eles tinham que me deixar ir, mas sem eu dizer para onde. Fiz uma fita tremenda! [...] “Eu chorei, esperee, gritei de tal forma que a minha mãe me levou ao hospital a uma consulta de urgência.”. Encaminharam-na para a Psicologia e, no dia a seguir, iniciou as consultas. (P32)</i></p> <p><i>“Qualquer contrariedade ou qualquer conflito, por mais pequeno que fosse, tornava-se numa grande angústia”</i> (P76)</p>
	f)Exigência e o perfeccionismo	<p><i>“Passava duas, três, quatro vezes, as vezes que fossem necessárias, [...] passava tudo, tudo, tudo... sei lá, dava-me prazer... é a tal coisa... ter as mãos ocupadas. [...] Passava as noites a fazer cópias, a escrever, escrever, escrever e, se uma semana depois, achasse que não estava bem, ia passar tudo de novo”</i> (P43)</p> <p><i>“Acho que, naquilo que faço, ninguém faz melhor que eu, [...] faz-me muita confusão pessoas lentas. Irrita-me imenso. [...] Eu gosto de fazer tudo ali muito certinho... considero-me uma pessoa organizada no trabalho”</i> (P48)</p> <p><i>“Quero ser sempre perfeita...[...] sempre fui muito chorona e, na altura, parecia que nada corria bem... ia já para o trabalho chateada... e já não fazia as coisas bem... acabar o dia de trabalho sem ter cumprido os meus objectivos – de fazer tudo bem feito – mexia muito comigo... [...] Acho que isso também despoletou um bocadinho a depressão.”</i> (P70)</p>

	g) Controlo do objecto	<p><i>“Quando quero ir a algum sítio e o meu marido não quer ir, ou não concorda, custa-me imenso... quando eu tenho a minha opinião e ele tem a dele... custa-me quando a minha não prevalece!”</i> (P22)</p> <p><i>“Passava duas, três, quatro vezes, as vezes que fossem necessárias, [...] passava tudo, tudo, tudo... sei lá, dava-me prazer... é a tal coisa... ter as mãos ocupadas. [...] Passava as noites a fazer cópias, a escrever, escrever, escrever e, se uma semana depois, achasse que não estava bem, ia passar tudo de novo”</i> (P43)</p> <p><i>“Necessidade de ter as mãos ocupadas”</i> (P47)</p> <p><i>“Sempre me orientei sozinha!”</i> (P51)</p> <p><i>“Ela ajudava no que podia... mas nunca senti que precisei de ajuda!”</i> (P54)</p> <p><i>“Não consigo é estar quieta. Um exemplo – às vezes, na escola, quando vou lá fora fumar, tenho noção que estou a fumar depressa só para não estar ali parada.”</i> (P.105)</p> <p><i>“Às vezes estou a limpar alguma coisa, em casa, e paro o que estou a fazer para ir estender a roupa, sinto que não consigo estar parada e nem consigo fazer uma coisa seguida... e sempre foi assim”.</i> (P106)</p> <p><i>“[...] Não peço ajuda a ninguém... tudo o que faço é sozinha...”</i> (P99)</p> <p><i>“Alivia o stress, ansiedade e é como um refúgio (limpezas domésticas)”</i> e <i>“às vezes, quando discuto com o meu marido, antes de começar a ‘disparatar’, começo a limpar, a limpar, a limpar”</i> (P106)</p>
	h) Instabilidade Emocional	<p><i>“Metia-me no canto do quarto, sentada com a cabeça entre os joelhos, e chorava, chorava, chorava [...] era um grande sofrimento”</i> (P22)</p> <p><i>“Eu chorei, esperneeiei, gritei de tal forma que a minha mãe me levou ao hospital a uma consulta de urgência.”</i> (P32)</p> <p><i>“Comecei a ter crises de choro, não sabia porquê... sentia-me depressiva e tinha imensas dores de cabeça... e do que mais me lembro era de ter muito, muito, muito sono...”.</i> (P64)</p> <p><i>“Nessa altura tudo me irritava, uma pequena discussão com o meu marido, pequenas contrariedades... Tudo me fazia confusão... eu tinha que ter razão... Entrava num pranto, num choro, tinha que ser tudo à minha vontade.”</i> (P65)</p> <p><i>“Sempre tive tendência para depressões e alterações de humor”</i> (P66)</p> <p><i>“Chegava a casa cansada, só queria descansar, cheia de dores, só queria dormir, sem</i></p>

		<p><i>paciência. [...] Quando sentia que não conseguia fazer o que queria fazer, ficava num pranto.” (P69)</i></p> <p><i>”Mas, uma semana antes da menstruação, sou fria, distante, pouco tolerante, sei que sou insuportável... não tenho vontade para fazer nada... o meu marido até brinca... diz que uns dias o amo e outros não..., mas é verdade... é assim mesmo!” (P92)</i></p> <p><i>“Tenho os meus altos e baixos, como sempre, mas nunca mais tive aquele desespero...” (P101)</i></p>
	i)Dissociação	<p><i>“Nunca consegui parar de fazer isto. [...] Se estiver a fazer alguma coisa e se passar a mão numa almofada ou num lençol, não resisto, vou lá... estou num mundo à parte, como se nada estivesse à minha volta, fico imóvel e estática, o meu olhar parece longe e que essa sensação é como um alívio, para o stress e ansiedade.” (P46)</i></p> <p><i>“Eu não sei como cheguei a casa... [...] estava num estado... não me lembro por onde passei, não me lembro de nada, como cheguei... só sei que cheguei, num pranto, meti-me na cama e já só sai no outro dia... só porque a minha mãe me foi buscar para me levar ao médico.” (P72)</i></p> <p><i>“Estava fora de mim... sem sentir nada... (sensação ao corte) ” (P78)</i></p> <p><i>“[...] Pensava... que estava tão sozinha... passava os dias sentada na cadeira da cozinha... a olhar o vazio... fora de mim...[...] a única coisa que fazia era ficar ali sentada na cozinha, a olhar o vazio e... cortava-me.” (P83)</i></p>
	j)Impulsividade	<p>Considera que reage muito por “<i>impulsos</i>” (P1)</p> <p><i>“Não me lembro se estava a chorar ou se não estava... foi um impulso... e cortei-me.” (P75)</i></p> <p><i>“Senti uma coisa cá dentro... levantei-me, fui direita à casa de banho, agarrei na Gillette e cortei o braço todo... cortei-me toda e, só depois caí em mim... chorei, chorei, chorei...” (P82)</i></p>